

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA SUPERVISIÓN MÉDICA DE LAS
ÁREAS DE SALUD, ADSCRITAS A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRAL SUR, DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO
SOCIAL, SEGÚN LOS COMPONENTES DE CALIDAD DE LA
ATENCIÓN EN EL AÑO 2016**

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la
Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública para optar al
grado y título de Maestría Profesional en Salud Pública con Énfasis en Gerencia
de la Salud

Kattia Amador Ramírez
Asdrúbal Hidalgo Coronado

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.
Diciembre 2020

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Salud Pública con Énfasis en Gerencia de la Salud.”

M. Sc. Gabriela Murillo Sancho
Representante del Decano Sistema de Estudios de Posgrado

M. Sc. Juan Carazo Salas
Profesora Guía

M. Sc. Mauricio Porras Solano
Lector

M. Sc. Tatiana Picado Le-Frank
Lectora

M. Sc. Francisco Oviedo Gómez
Representante del Programa de Posgrado en Salud Pública

Kattia Amador Ramírez
Sustentante

Asdrúbal Hidalgo Coronado
Sustentante

Índice

Hoja de aprobación.....	ii
Resumen.....	v
Abreviaturas	vi
1. Introducción.....	1
1.1 Tema para investigación.....	1
1.2 Antecedentes	2
2. Justificación	10
2.1 Problema.....	10
2.2 Preguntas de investigación	11
3. Objetivos	12
3.1 Objetivo principal	12
3.2 Objetivos Específicos.....	12
4. Marco de fundamentación	13
4.1 La calidad en la atención médica	13
4.2 Normas de atención médica y su control de aplicación.....	19
4.3 Dirección Regional de Servicios de Salud.....	21
4.4 Modelo de Atención	27
4.5 Atención médica desde la visión de la salud pública.....	31
4.6 Gerencia de la salud	32
5. Marco metodológico.....	34
5.1 Paradigma	34
5.2 Diseño metodológico y tipo de estudio.....	35
5.3 Procedimiento metodológico.....	36
5.4 Cuadro de categorías y variables.....	39
5.5 Recolección de información.....	41
5.6 Análisis de resultados	42
5.7 Garantía ética	43
6. Resultados	45
7. Análisis de resultados por objetivo	53
8. Conclusiones	82

9. Recomendaciones	90
10. Referencias bibliográficas	92
11. Anexos	96

Resumen

Debido a las diferencias observadas en los resultados de las supervisiones de la calidad en la atención médica de las Áreas de Salud de la CCSS, se analizó los determinantes de calidad, que tienen que ver con la atención médica, lo cual se realizó mediante un paradigma mixto, con un diseño metodológico predominantemente cuantitativo, donde se incluyeron, los resultados de la supervisión de calidad médica realizada en el año 2016, del 100% de las Áreas de Salud, y los componentes de la calidad de la atención descritos en la literatura por Avedis Donabedian, el cual define tres componentes, técnico, interpersonal y confort, que se extrapolaron a nuestra realidad institucional, con aspectos que deben incluirse para el cumplimiento de cada componente. Al aplicar la regresión lineal se observó que no hay una relación directa entre las variables dependiente (nota de supervisión médica) e independiente (componentes de calidad). Las Áreas de Salud, de Paraíso, Desamparados 3, Escazú, Goicoechea 1 y Concepción-San Juan, presentaron una importante variación al estar posicionadas en el momento de la supervisión médica entre las primeras 10 mejores áreas y al ser categorizadas dentro de las últimas en el cumplimiento de los componentes de calidad, por otro lado, 11 Áreas de Salud, con menor variabilidad entre las notas mostraron un comportamiento de variables dependientes con respecto a la independiente, lo cual sería interesante valorar si la gestión realizada está sujeta o no a la mejora de los tres componentes de calidad y tomar decisiones al respecto. El enfoque cualitativo identificó que hay actores que consideran que hay factores que influyen en que exista cierta heterogeneidad de los resultados presentados, como son actitud, preparación, no rotan a su personal tan frecuentemente, falta de personal identificado por sector, la demanda y oferta, motivación del personal, formación del personal con un pensamiento muy hospitalario, no se trabaja en equipo, a pesar de que existen estándares de calidad institucionales. La evaluación de la calidad de la atención médica, no se puede centrar exclusivamente en aspectos rígidos de la consulta, ya que la gestión y la calidad son conceptos estrechamente ligados entre sí, por tanto, los dirigentes deben gestionar la calidad, preguntarse qué está debilitando el proceso y generar planes para solucionarlos.

Abreviaturas

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

DRSSCS: Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur

AS: Área de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

MS: Ministerio de Salud

EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral en Salud.

APS: Atención Primaria en Salud.

CAIS: Centro de Atención Integral en Salud

EKG: electrocardiograma



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Kattia Guiselle Amador Ramírez, con cédula de identidad 108760341, en mi condición de autor del TFG titulado ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA SUPERVISIÓN MÉDICA DE LAS ÁREAS DE SALUD, ADSCRITAS A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SERVICIOS DE SALUD CENTRAL SUR, DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, SEGÚN LOS COMPONENTES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL AÑO 2016.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI ☒ NO ☐

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Kattia Guiselle Amador Ramírez

Número de Carné: 880217 Número de cédula: 108760341

Correo Electrónico: amadork@hotmail.es

Fecha: 17-12-2020 Número de teléfono: 87127654

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Juan Carazo Salas

KATTIA
GUISELLE
AMADOR
RAMIREZ
(FIRMA)

Firmado
digitalmente por
KATTIA GUISELLE
AMADOR RAMIREZ
(FIRMA)
Fecha: 2020.12.17
12:40:51 -06'00'

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Asdrúbal Hidalgo Coronado, con cédula de identidad 303380678, en mi condición de autor del TFG titulado Análisis de los resultados de la supervisión médica de las áreas de salud, adscritas a la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur, de la Caja Costarricense de Seguro Social, según los componentes de calidad de la atención en el año 2016.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI ☒ NO ☐

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Asdrúbal Hidalgo Coronado

Número de Carné: 951443 Número de cédula: 303380678

Correo Electrónico: asdruhc@yahoo.com

Fecha: 17 de diciembre del 2020 Número de teléfono: 89371443

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Dr. Juan Carazo Salas

ASDRUBAL
HIDALGO
CORONADO
(FIRMA)

Firmado digitalmente
por ASDRUBAL
HIDALGO CORONADO
(FIRMA)
Fecha: 2020.12.17
11:42:05 -06'00'

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

1. Introducción

1.1 Tema para investigación

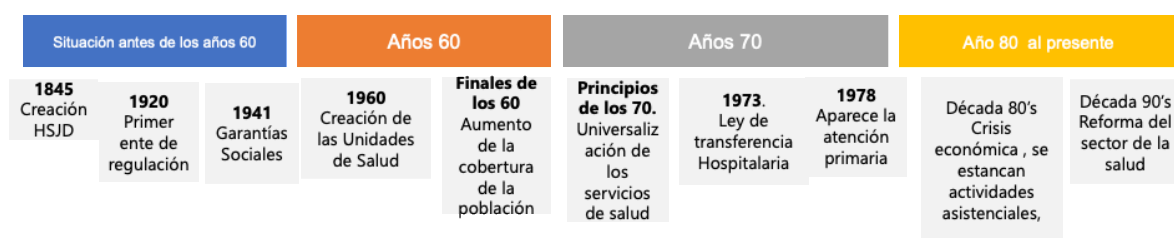
El tema de investigación consiste en:

Análisis de los resultados de la supervisión médica de las Áreas de Salud, según los componentes de calidad de la atención, de la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur, Caja Costarricense del Seguro Social. 2016.

1.2 Antecedentes

Los antecedentes del Sistema de Salud de Costa Rica en cuanto al planteamiento, análisis, evaluación y mejoras en el tema de calidad en salud son muy ricos en la historia, por lo que se describen aspectos básicos, con el fin de introducir el tema planteado, para luego hacerlo con el concepto de calidad desde el punto de vista actual de salud.

Imagen Nº 1. Evolución del Sistema de prestación en salud



Fuente: Elaboración propia basada en revisión de "Building a thriving primary health care system: the story of Costa Rica. (Pesec M, Ratcliffe H, Bitton A. "Building a Thriving Primary Health Care System: The Story of Costa Rica." Case Study, Ariadne Labs, 2017.)

Acorde a la imagen Nº1 y según el estudio revisado sobre la evolución de los sistemas de prestación de salud se identifican a continuación acontecimientos importantes.

Situación antes de los años 60: Establecimiento de instituciones de salud.

Alrededor de 1850, se tiene el primero indicio de médicos costarricenses (higiene personal, curanderos indígenas) que fueron a Europa para poder entrenarse y más tarde regresaron a Costa Rica para luego crear el primer hospital de Costa Rica, Hospital San Juan de Dios, establecido en la capital, San José, por los propietarios de plantaciones de café en 1845.

En 1941, el presidente Calderón Guardia encabezó el establecimiento de la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS), una institución de seguridad social inicialmente diseñada para proporcionar atención médica y pensiones a los trabajadores asalariados del país.

Años sesenta: Se profundiza el compromiso de acceso universal a la atención sanitaria.

Durante la década de 1960, la CCSS funcionó principalmente como comprador estratégico de servicios, para acelerar el proceso de universalización de la cobertura de los servicios de salud, en 1961 se estableció la Facultad de Medicina para que los médicos pudieran ser capacitados en el país y Costa Rica.

Además de programas de prevención como la vacunación, el seguimiento del crecimiento y la planificación familiar, las Unidades de Salud también llevaron a cabo cuatro "campañas" contra las enfermedades venéreas, la tuberculosis, los parásitos y el paludismo.

Años 1970 y subsiguientes: legislación de salud fundacional y establecimiento de modelos de salud rural

Se instauró la Ley de Transferencia Hospitalaria de 1973, que transfirió la mayoría de los hospitales que operaban en el país (incluidos los dirigidos por el Ministerio de Salud, los que pertenecían a las empresas agrícolas y los hospitales religiosos) al control del CCSS. Hasta este momento, el CCSS era únicamente un comprador estratégico; después de la aplicación de esta ley, el CCSS comenzó también a administrar y gestionar sus propios hospitales y clínicas, transformando la agencia en un sistema combinado de pagador y entrega.

En el gobierno de Rodrigo Carazo Odio (1978-1982), floreció la División de Atención Primaria de Salud bajo el amparo del ministerio de salud. Además, los organismos internacionales de desarrollo apoyaron el programa de atención

primaria de salud, ya que había un creciente apoyo y entusiasmo en torno a la atención primaria de salud después de la Declaración de Alma-Ata. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), por ejemplo, cambió su enfoque a los programas de prestación de atención médica de bajo costo y promovió Costa Rica como un estándar eficaz de atención primaria de salud.

Años 1980: Se presenta un efecto de estancamiento en la atención primaria.

Para hacer frente a una creciente deuda pública, Costa Rica recurrió a organizaciones financieras internacionales. En ese momento, estas organizaciones se centraron en la austeridad fiscal, y el Fondo Monetario Internacional (FMI) convenció a Costa Rica de limitar el gasto en programas sociales, incluida la salud, para pagar su deuda política de los organismos internacionales de desarrollo, lo que lleva a la mayoría a comenzar a recomendar la privatización de los servicios de salud y el movimiento lejos de la prestación de atención de salud controlada por el gobierno.

Lo anterior derivó en cierta insatisfacción del paciente con la calidad de la atención primaria y con largos tiempos de espera para la atención secundaria y terciaria, y la presión financiera de la duplicación y la creciente demanda de servicios pesaban mucho en el sistema de atención de la salud.

1990 hasta la actualidad: Reforma del sector salud.

La insatisfacción pública con el sistema de salud costarricense llegó a su fin en 1991, durante un brote de sarampión, cuando los empleadores se vieron obligados a pagar porque el sistema público no podía manejar el volumen de trabajo creado por la epidemia. Dado que los propietarios de negocios amenazaban con retener sus contribuciones obligatorias de la CCSS, la necesidad de reforma del sistema de salud era clara y urgente. La reforma entra entonces con dos objetivos principales: 1) ampliar la cobertura y 2) atención más integral a los costarricenses.

Los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) estarían dirigidas cada una por un equipo conformado por un médico, una enfermera, un asistente técnico (ATAP), un secretario médico (REDES), y un farmacéutico certificado; juntos se preocuparían por un sector de población de aproximadamente 4.000-5.000 pacientes.

Para organizar la creación de las clínicas EBAIS, la CCSS estableció redes de salud en todo el país. El principal nivel de organización es el área de salud, de la cual hay 106 áreas que pertenecen a siete Regiones de Salud. Cada área de salud idealmente tiene entre cinco y quince equipos EBAIS, y entre 30.000 a 110.000 ciudadanos, dependiendo de la densidad de población. El área de salud es la principal unidad de atención primaria; dos o tres áreas de salud generalmente se refieren a una clínica secundaria. Una clínica secundaria proporciona atención especializada, como pediatría, ginecología, ortopedia y, a veces, cirugía general. La atención terciaria, como la oncología, la cirugía avanzada, la oftalmología, la neurología y otras especialidades, se presta principalmente en la parte central del país.

Es así, como en cada Dirección Regional de la Institución, se han ido estableciendo diversas unidades organizativas en función de las necesidades que experimentan cada uno de los centros de salud, reflejo de esto, es la conformación de la Unidad de Planificación y Control Interno, el Área de Ingeniería y Mantenimiento, Salud Ocupacional, Asesoría Legal, Unidad de Epidemiología, Tecnologías de la Información y Comunicación y la de Gestión Médica entre otras, situación que muestra su funcionalidad dentro de la estructura orgánica de la CCSS. Actualmente, son entidades organizacionales, estructuradas desde hace 30 años, que atienden nuevas Leyes, Decretos y otros mandatos legales, administrativos e institucionales (Ley 7600, Recursos de Amparo, Directrices del Ministerio de Salud, etc.).

Aunado a ello y derivado de la citada reforma del sector salud, la caja Costarricense del Seguro Social crea la Dirección de Compras de Servicios de Salud, para desarrollar la rendición de funciones profundas, dentro de esta institución, la cual arranca determinando una estructura jerárquica, para responder a lo desarrollado a nivel gubernamental, por medio del Ministerio de Salud (MS), y determinar cuáles serían esos estándares de calidad, que se debería aplicar a la población costarricense, que acude a los servicios de salud públicos de la institución.

“Es necesario subrayar de nuevo que la seguridad social tiene la responsabilidad de velar porque los servicios sean brindados en condiciones que no atenten contra la equidad y la solidaridad, tanto por los propios proveedores institucionales como por los proveedores privados. Ello significa tomar las disposiciones regulatorias y administrativas para lo siguiente” (Rodríguez Herrera, A. y Bustelo, C., 2008. p.13):

- Garantizar el acceso a los servicios para que todos los ciudadanos cuenten con derechos para ello.
- Dictar estándares básicos de calidad en todos sus servicios y verificar su cumplimiento.
- Diseñar los incentivos adecuados para que aquellos servicios que no son adecuadamente conmensurables (en particular en promoción de la salud) se brinden con calidad y en la cantidad adecuada.
- Promover la innovación en la tecnología de gestión y en la tecnología de producción de los servicios de salud.
- Velar porque las innovaciones y las mejoras de calidad alcancen a todos los proveedores y los usuarios de los servicios.
- Diseñar y establecer incentivos y medidas de contención del gasto, pues la sostenibilidad económica es el requisito básico de toda política de salud, en particular si tiene un fuerte componente solidario.

Ahora bien, en cada Dirección Regional de la Institución, se han ido estableciendo diversas funciones de supervisión y acompañamiento que han evolucionado como lo han hecho los mismos servicios de salud, los perfiles epidemiológicos, las poblaciones y las necesidades de los asegurados en cuestiones de este tema. La evolución anterior, debe ir de la mano con las funciones regionales, cambios organizacionales, como se palpa en las responsabilidades delegadas a este nivel.

Además, dentro de otras funciones que tienen a cargo las direcciones regionales de servicios de salud, está la administración de contratos por proveedores de servicios de salud de terceros, los cuales son sujetos de verificación, evaluación, seguimiento entre otros, lo que significa una carga y responsabilidad importante, debido a que prácticamente todas las especialidades técnicas participan en este proceso.

Por tanto, una de las funciones fundamentales a desarrollar por estas unidades operativas, es la supervisión, para lo cual se utilizó la política de rediseño organizacional de las direcciones regionales de servicios de salud, elaborado por la Dirección de Desarrollo Organizacional, en el mes de abril de 2008, además del perfil funcional de la DRSSCS, elaborado por el equipo de trabajo de dicha entidad en el mes de julio de 2010.

En junio del 2011, se conformó un grupo de trabajo con funcionarios de las Direcciones de Red de Servicios de Salud y Proyección de Servicios de Salud, los cuales analizaron los elementos operativos y de gestión que podrían estar asumiendo las Direcciones Regionales de Servicios de Salud.

Ahora bien, durante el año 2014, y luego de un análisis de las funciones asignadas, se decide, por parte del consejo técnico, de la DRSSCS, desarrollar e implementar una herramienta de evaluación, que considere dentro de los

elementos a evaluar, el cumplimiento de aspectos de calidad, documentados en la consulta médica de la atención primaria.

Estos aspectos de calidad debían estar respaldados por una norma o política, por lo que se tomó para ello, las Normas de Atención Integral, vigentes para Costa Rica, ya que estas, aunque no han sido actualizadas a nivel nacional, abarcan una serie de factores indispensables para la atención integral del proceso salud-enfermedad.

En dichas normas y en la actualidad se sigue enfocando la atención, según grupo poblacional, con el fin de incluir los factores determinantes de la salud-enfermedad, según edad y sexo de la población atendida. A continuación, se mencionan los grupos poblacionales en que se divide la atención de la salud y sus principales determinantes, según la Norma de Atención Integral de Salud, para el primer nivel de atención de la CCSS y MS.

- Atención al Niños: estado nutricional, desarrollo psicomotor, inmunizaciones, salud oral, tamizaje de parasitosis, manejo adecuado de parasitosis, tamizaje de anemia, adecuado manejo de anemia y valoración de riesgo.
- Atención al Adolescentes: Estado nutricional, tamizaje de riesgo, test de Tanner, valoración de agudeza visual, valoración de agudeza auditiva, inmunizaciones, salud oral, valoración de dinámica familiar, profilaxis de parasitosis intestinal, prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual, atención a la adolescente embarazada.
- Atención a la mujer: estado nutricional, tamizaje cáncer de cérvix, tamizaje cáncer de mama, valoración de agudeza visual, valoración de agudeza auditiva, salud oral, valoración de la dinámica familiar, valoración de exámenes de laboratorio y valoración física completa.

- Mujer embarazada, postparto, posaborto: detección y captación temprana, valoración del estado nutricional, clasificación de riesgo, tamizaje HIV/VDRL, salud oral, valoración física completa, lactancia materna y planificación familiar.
- Adultos de 29 a 59 años: valoración del estado nutricional, valoración de agudeza visual, valoración de agudeza auditiva, salud oral, valoración de la dinámica familiar, valoración de exámenes de laboratorio, valoración física completa, inmunizaciones, planificación y enfermedades de transmisión sexual.
- Adulto Mayor: valoración del estado nutricional, valoración de agudeza visual, valoración de agudeza auditiva, salud oral, valoración de la dinámica familiar, valoración de exámenes de laboratorio, valoración física completa, inmunizaciones, tamizaje de riesgo, envío de exámenes de laboratorio y enfermedades de transmisión sexual.

Y dentro de ellos, se incluyen ciertas patologías prevalentes de riesgo por grupo poblacional, como lo es, la anemia en el niño, las enfermedades de transmisión sexual en la mujer embarazada, marcado por sífilis y VIH, y las enfermedades crónicas en la población adulta.

Tomando como base lo anterior, las supervisiones por parte de la DRSSCS, se han realizado anualmente a partir del año 2014, arrojando resultados diferentes entre las áreas de salud, según el cumplimiento de los estándares institucionales, situación que ha llamado la atención y que ha motivado este estudio, con el fin, de encontrar qué tipo de determinantes, presentan las unidades que mantiene índices de calidad altos, en relación al resto de las áreas, al tener supuestamente, las mismas condiciones que el resto de centro de salud institucionales.

2. Justificación

A pesar de la existencia a nivel nacional de criterios de calidad, para la atención primaria en las AS, establecidos en las Normas de Atención Integral y que son de cumplimiento obligatorio, la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur (DRSSCS), se dio a la tarea de realizar supervisiones anuales para valorar la calidad de la atención médica, las cuales han arrojado diferencias importantes entre las Áreas de Salud, adscritas a dicha Dirección (Informes de supervisiones DRSSCS, 2016), suponiendo un impacto negativo, para el proceso salud enfermedad en las poblaciones correspondientes a los establecimientos de salud que no cumplen dentro de su dinámica diaria con los criterios de calidad.

Las supervisiones realizadas por la DRSSCS, han sido fundamentadas en las Normas de Atención Integral mencionadas, las cuales fueron realizadas 21 años atrás por el Ministerio de Salud, y que estaban circunscritas a criterios directamente relacionados con el acto médico, como se mencionaron en la introducción del presente trabajo, por lo que es importante valorar si es necesario otros criterios o componentes de calidad a nivel internacional, que en la actualidad se consideran esenciales en la atención médica, según la bibliografía revisada.

2.1 Problema

Existe alguna relación entre la supervisión médica de las Áreas de Salud, de la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur de la Caja Costarricense del Seguro Social, con relación a los componentes de calidad de la atención en el año 2016.

2.2 Preguntas de investigación

¿Existe alguna relación entre la supervisión médica de las Áreas de Salud con respecto a los componentes de calidad de la atención, en el año 2016?

¿Cuáles son los porcentajes de calificación de las Áreas de Salud obtenidos de la supervisión de calidad de la atención realizada por la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur, en el año 2016?

¿Qué porcentaje de los componentes de la calidad de la atención, estaban presentes en las Áreas de Salud adscritas a la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur, durante el año 2016?

¿Qué tipo de relación hay entre los componentes de calidad presentes en el año 2016 y los resultados de las evaluaciones de la atención médica, de las Áreas de Salud adscritas a la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur en ese mismo año?

¿Cuáles variaciones se encuentran en las Áreas de Salud según grupos tipificados o casos especiales en el año 2016?¹

¿Qué percepción tienen las autoridades (actor clave) de las Áreas de Salud que se catalogan como casos especiales, sobre los componentes de calidad en el instrumento de supervisión en el año 2016?

¹ **Nota** se entiende por caso especial: Área de salud, tipificada en un grupo específico, y que, según la tabla de encuesta aplicada, se comporta diferente al resto del grupo.

3. Objetivos

3.1 Objetivo principal

Analizar la supervisión médica de las Áreas de Salud, según los componentes de calidad de la atención, de la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur de la Caja Costarricense del Seguro Social, en el año 2016.

3.2 Objetivos Específicos

- Tipificar las Áreas de Salud según los resultados de la evaluación de calidad de la atención médica realizada por la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur, en el año 2016.
- Determinar el porcentaje de los componentes de la calidad de la atención, que estaban presentes en las Áreas de Salud adscritas a la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur, en el año 2016.
- Comparar los componentes de calidad presentes en el año 2016 con los resultados de las evaluaciones de la atención médica, de las Áreas de Salud adscritas a la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur, en ese mismo año.
- Identificar variaciones entre las Áreas de Salud, según grupos tipificados y los casos especiales, en cada uno de ellos, en el año 2016.
- Describir la percepción de las autoridades (actor clave) de las Áreas de Salud que se catalogan como casos especiales, sobre los componentes de calidad en el instrumento de supervisión, en el año 2016.

4. Marco de fundamentación

El presente trabajo final de graduación presenta ejes importantes de desarrollo, dentro de los cuales están, la calidad de la atención médica, las normas de atención, supervisión de calidad, el modelo de atención médica a nivel de la CCSS y finalmente el papel de la atención médica en la salud pública.

4.1 La calidad en la atención médica

En términos generales, calidad es un término que se utiliza a nivel mundial, para un sin fin de condiciones y procesos, para optimizar los recursos utilizados por las organizaciones, y así, presentar índices de cumplimiento en los diferentes indicadores, lo más cerca posible de la excelencia. El proceso salud-enfermedad, conduce desde la prestación de servicios, una serie de procesos en la gestión que por supuesto, requiere la existencia de actividades de control como lo es la medición de la calidad de la atención brindada.

Específicamente, la medición de la calidad en la atención médica que recibe una población por parte de los servicios de salud, es una de las actividades que se ha desarrollado a nivel internacional y nacional, como una forma de evaluar y garantizar indirectamente un impacto en la salud de la población, para lo cual, de forma general se espera que se cumpla con una serie de actividades en la atención, que responden a los determinantes de la salud, identificados en el perfil epidemiológico de las diferentes poblaciones, con el objetivo final de reducir índices de morbilidad y mortalidad.

A nivel internacional las políticas de salud de cada país, en un gran porcentaje, se derivan de determinantes epidemiológicos, pues son la base de trabajo de cada una de las instituciones brindadoras de salud de la población. Este tipo de actividades son evidenciadas en varios países o regiones, donde median,

desde incentivos económicos hasta legales, para poder acercar a las poblaciones a los estándares internacionales de morbilidad y mortalidad, marcados por organizaciones de índole mundial como la OMS y la OPS.

Así bien, se encuentran mediciones de calidad o de cumplimiento de metas como en Inglaterra, donde incentivan de forma económica la obtención de esas metas. Según, Steel & Willems (2010) demostrando un impacto, en la salud pública, al regular un poco la inequidad en el acceso a la salud, predominantemente en comunidades y poblaciones más vulnerables.

Según, Dixon & Khachatryan (2010) y en O'Beirne et al (2013), en países americanos como en Canadá se implementaron medidas de calidad, donde se obtuvieron acreditaciones, cuando los centros de salud cumplían con los parámetros estipulados, según las mediciones de calidad, las cuales se han utilizado desde los años noventa, principalmente en cuidados agudos.

La OMS define la calidad de la asistencia sanitaria como... “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (WHO, 1985).

Partiendo de esta definición de la OMS se tiene claro que cualquier estudio que implique medición de calidad en los servicios de salud debe contemplar aspectos muy variados pero que tienen una influencia directa sobre los resultados de ese nivel de calidad que se mide, entendiendo así que no es solo los resultados de índices de salud lo importante, sino, todo el proceso y la integración que menciona la OMS desde el año 1985 que debe tener cada uno de los factores que la componen.

Rodríguez define, calidad asistencial como: “aquella en la que las actuaciones profesionales y la atención permanente al enfermo se desarrollan conforme a los más precisos y actualizados conocimientos científicos, su correcta aplicación práctica y con un trato personal considerado”. (Rodríguez Díez, M. C., Toledo Atucha, E.A. y Seguí Gómez, M., 2013, p. 407), definición que incluye una articulación importante entre el conocimiento científico, es decir, preparación del personal de atención en salud, actualizaciones que pueda tener el mismo y que lo lleven a una mejor precisión a la hora de decidir manejos, pero, además, menciona un elemento fundamental el cual es el trato personal que recibe el usuario de parte de los funcionarios de salud.

En otras palabras, y como se menciona por parte de la Organización Internacional de Estandarización, “la calidad debe ser el grado en que las características de un producto o servicio cumplen sus objetivos para lo que fue creado” (International Organization for Standardization, 2005).

Según, Frigola-Capell (2015), Desde el punto de vista del desempeño de un proveedor de atención médica o un sistema de atención de la salud, los indicadores de calidad son aspectos medidos de la atención médica que reflejan dicho desempeño, los cuales, son fundamentales en los programas para evaluar y mejorar la atención médica.

Donabedian menciona que la atención de la salud cuenta con tres componentes los cuales se describen de la siguiente manera: “... **la atención técnica**, el manejo de **lo interpersonal**, y **el ambiente** en el que se lleva a cabo el proceso de atención.

Además, menciona aspectos importantes de la evaluación de cada uno de estos componentes “permite estimar la calidad de la atención brindada, siempre y cuando se tomen en consideración las características específicas del país en que se da la atención del paciente. De cultura a cultura cambian las normas de

adecuación y la disponibilidad de recursos, las preferencias de la gente, sus creencias, y consecuentemente deben cambiar los criterios para evaluar la calidad de la atención. Una vez definidos estos criterios, garantizar la calidad depende del diseño de un sistema adecuado a las particularidades de cada caso, y del monitoreo eficiente del desempeño de ese sistema” y, además, “La calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar, al usuario el máximo y más completo bienestar, después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”. (Donabedian, 1990, p.1)

Aunque existen diferentes estudios a nivel mundial, que llegan a la conclusión, de cuáles son los determinantes que debe cubrir esta actividad, para determinar la calidad, como lo son pacientes, funcionarios, proveedores y aseguradoras (Kouba, 2011), según, Net y Suñol (---1980), para Avedis Donabedis existen esos tres componentes fundamentales, para lograr la calidad de la atención, los cuales describen Net y Suñol detalladamente a continuación

- a) **Componente técnico**, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología, en el manejo de un problema de una persona, de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.
- b) **Componente interpersonal**, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas, en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.
- c) **Componente de los aspectos de confort**, los cuales son todos aquellos elementos, del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

Extrapolando estos tres componentes de la calidad de la atención, a la institución proveedora de atención médica, como lo es la CCSS, el primer componente, llamado componente técnico, incluye la posibilidad de utilizar

pruebas diagnósticas, por medio de tecnología, como laboratorios y rayos X, el segundo componente, interpersonal, incluye el contexto de la relación médico paciente, además, de las normas institucionales que dictan como debe ir el curso de una consulta médica dentro de cualquier Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS) de la CCSS; por último, el tercer componente de confort, el cual debería ir al paciente y al funcionario de salud en cada una de las oportunidades de contacto.

Numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de H. Palmer que incluye.

- **Efectividad:** Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.
- **Eficiencia:** La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.
- **Accesibilidad:** Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.
- **Aceptabilidad:** Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.
- **Competencia profesional:** Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios. (Net, A. y Suñol, R. ---1980, p. 2).

En cuanto al gasto en salud tal y como lo menciona Net para hablar de calidad se debe incluir el mismo reflejando en aspectos como tecnología, capacitación, infraestructura etc. y así lo menciona él mismo al afirmar que “Uno de los debates más interesantes en este ámbito es la discusión sobre si los costes, deben formar parte de la definición de calidad. Mientras algunos autores mantienen la necesidad de separar ambos conceptos para poder interrelacionarlos (Pe.: calidad/unidad de coste), otros incluyen la eficiencia, en

el centro de la definición de calidad, postulando que, si no se da, no tiene sentido la discusión sobre calidad”. (Net, A. y Suñol, R. ---1980, p. 2).

Dentro de las metodologías que se utilizan para evaluar la calidad de la atención brindada, es imprescindible, considerar en todo momento, cuál es la práctica considerada correcta. Según, Net (1980), esto constituye o determina un criterio, mientras que el nivel óptimo de aplicación de este criterio, en una determinada realidad concreta, constituye un estándar, lo cual va a depender de los conocimientos científicos o de los requisitos sociales del momento.

En caso del sistema de salud costarricense, los mismos son determinados para la atención de la población, por el ente rector de la salud, que es el Ministerio de Salud.

Ahora bien, esos estándares mencionados requieren evaluaciones, en los cuales se comparen con los criterios establecidos, a fin de conocer los motivos de una práctica deficiente o mejorable, aspecto que constituye una fase muy importante del ciclo de evaluación y con ello “proponerse e implantarse medidas correctoras eficaces de modo que la práctica obtenida, después de su aplicación, mejore claramente hasta alcanzar los niveles previamente establecidos” (Net, A. y Suñol, R. ---1980, p. 3).

En Costa Rica, la calidad de la atención médica, se circunscribe en estos conceptos muy bien expuestos por Avedis Donabedian, los cuales alrededor de los años noventa, se consolidan con evaluaciones de calidad, llamadas en un inicio compromisos de gestión y actualmente, evaluación de desempeño de las unidades, y que se fundamentaban en instrumentos técnicos de medición de indicadores, como captaciones de poblaciones en riesgo, como adolescentes, embarazadas y niños recién nacidos, coberturas de otros, como mujeres, a las que se les realiza la citología vaginal, o consultas con ciertos criterios de calidad

a pacientes portadores de enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión arterial o diabetes mellitus.

Además, se incluyeron mediciones de satisfacción del usuario, a partir de los cuales, por medio de una encuesta aplicada a los pacientes, se tenía una aproximación de la percepción de calidad recibida.

4.2 Normas de atención médica y su control de aplicación.

Desde el año 1995 y secundario a lo reportado en el censo del año 1991, el Ministerio de Salud redacta un documento donde norma todo lo concerniente a la atención en salud de la población nacional.

Para ello, se determinan programas de atención y criterios a seguir para decidir si se cumple o no en su totalidad, con la atención de un paciente de un grupo determinado de la población. A partir de este documento, se derivan diferentes guías que inclusive son redactadas ya no solo por el ente rector, sino por la CCSS, para tener líneas claras con el personal de salud, de cómo debería de trabajar en cuanto a la atención de sus asegurados.

Esas guías derivan en los programas que se dirigen a la atención de grupos de población determinados como los de niños, adolescentes, mujeres adultas, hombres adultos y adultos mayores, estando a cargo de las áreas de salud (y por tanto de los EBAIS aglutinados en ellas) y su cobertura y calidad se evalúa anualmente en el marco de la evaluación del desempeño de las unidades.

Estas normas históricamente se habían desarrollado y evaluado en la CCSS por la Dirección de Compras de Servicios de Salud, la cual al día de hoy aún implementa actividades de evaluación para el cumplimiento de ciertos criterios de calidad en cada uno de esos programas, no obstante la Dirección Regional

de Servicios de Salud Central Sur empezó desde el año 2014 a fundamentar sus actividades sustantivas de supervisión médica, en valorar el apego al cumplimiento que presentan los profesionales de salud, en sus atenciones médicas.

Al ser esta Dirección Regional la responsable, de integrar y articular el funcionamiento de la red de servicios de salud en el primer, segundo y tercer nivel de atención, para que cubran efectivamente el amplio espectro de la atención a la salud, mediante el desarrollo de estrategias, políticas y actividades enfocadas a preservar la salud, es imprescindible el desarrollo y aplicación de este tipo de evaluaciones, los cuales derivan en una serie de recomendaciones que cada director médico debe implementar en pro de la mejora en la gestión de su unidad.

Esa evaluación de la calidad de atención médica realizada, se da con una periodicidad anual a cada una de las unidades adscritas a la misma, en donde los supervisores médicos previo a una selección de expedientes se presentaron en las Ares de Salud y aplicaron un instrumento de evaluación donde se evaluó el acto médico tomando en cuenta las normas de atención de salud establecidas en el año 1995 por el MS, en donde se determina si el médico cumplió en valorar, enviar o interpretar datos clínicos, de laboratorio y de gabinete según el programa en el que se incluye a cada uno de los pacientes.

Dicha supervisión se realizó de forma presencial, por parte de supervisores médicos de la DRSSCS, al 100% de las AS. Con la información recopilada se genera análisis y un informe con las recomendaciones correspondientes, el cual es presentado al director médico de cada AS y se le instruye para que realice un plan remedial el cual debe presentar al director regional y cuyas acciones son verificadas en la supervisión del año siguiente.

4.3 Dirección Regional de Servicios de Salud

La DRSSCS, es un nivel táctico por excelencia de la CCSS, debido a las responsabilidades que se le han delegado desde el nivel central. Como estrategia se han establecido además de la mencionada que es de supervisión médica otras muy diversas unidades organizativas en función de las necesidades que se experimentan; como la Unidad de Planificación y Control Interno, el Área de Ingeniería y Mantenimiento, Salud Ocupacional, Unidad de Epidemiología, Asesoría Legal, Tecnologías de la Información y Comunicación entre otras, lo anterior, dentro de una estructura orgánica de la CCSS.

Se han establecido diversos procesos como: la Gestión Administrativa – Financiera, Gestión de Recursos Humanos, Gestión de Bienes y Servicios, Gestión Informática, de Ingeniería y Mantenimiento, así como aspectos medulares tales como Asesoría Legal, Registros Médicos, Farmacia, Odontología, Planificación y Control Interno, Trabajo Social, Microbiología, Salud Ocupacional, Capacitación y Docencia entre otros muchos más.

La visión de la DRSSCS es la siguiente: “Nos conformaremos en una red modelo en la prestación de servicios de salud integral, consolidación de infraestructura, innovación en tecnología clínica y excelencia en la gestión administrativa”.

La misión es: “Contribuir con la preservación, manejo y mejoría de la salud de las personas, familias y comunidades, facilitando y fortaleciendo la atención integral de la salud, la gestión eficiente de la Red de Servicios de Salud y el desarrollo de procesos gerenciales estratégicos relacionados”.

El objetivo general de esta dirección consiste en desarrollar a partir de las competencias asignadas, la suficiente resolución gerencial y presupuestaria para dirigir los servicios de salud a su cargo, siendo la organización técnica

administrativa jerárquica entre el nivel local y central. (Dirección de Desarrollo Organizacional, Caja Costarricense de Seguro Social, 2008)

Es así, como la DRSSCS inicia con actividades de supervisión en calidad de la atención, al considerar que la misma es importante, para el cumplimiento de su objetivo.

La DRSSCS es una de las 7 divisiones geográficas que realizó la CCSS para la planificación organizativa de la misma. (Figura N°1)

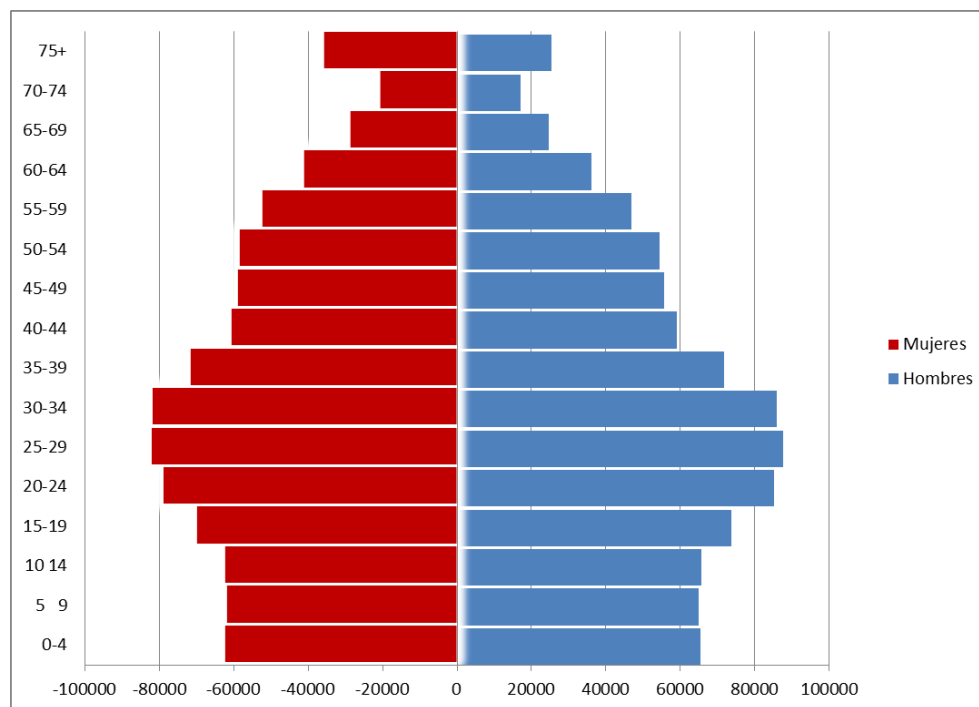


Figura N° 1: Distribución por Regiones de Servicios de Salud según la Caja Costarricense del Seguro Social.

Fuente: Dirección de Actuarial CCSS.

De esas 7 regiones la DRSSCS cubre un territorio que va desde la Zona Indígena de Turrialba hasta sectores del Oeste de la capital como Puriscal y Turrubares, brindando una cobertura aproximada de 1.843.974 habitantes, según los últimos datos brindados, lo cual representa el 37.7% de la población general. (Dirección de Actuarial de la Caja Costarricense de Seguro Social, 2016). (Figura N°2)

Gráfico N° 1. Pirámide Poblacional de la Región Central Sur. 2016.



Fuente: Dirección de Actuarial de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En cuanto a la oferta de servicios que se presentan a esta población, por parte de la DRSSCS, se encuentran un total de 35 Unidades, 32 Áreas de Salud, 1 Centro Especializado, 1 Hospital Periférico, 1 Hospital Regional Clase A.

La supervisión anual de la DRSSCS consta de ítems, relacionados cada uno a los programas priorizados por la CCSS, los cuales se detallan a continuación en la Tabla N°1.

Tabla N°1. Programas evaluados en la Supervisión Regional.**DRSSCS, 2016.**

PROGRAMAS
Hipertensión Arterial
Diabetes
Dislipidemia
Adulto Mayor
Adolescente
PAP

Fuente: Instrumento de supervisión de la calidad medica. DRSSCS. Abril 2016

De las 32 Áreas de Salud, 23 son AS tipo 1, 9 proveedores externos (Cooperativas y Universidades que le venden servicios a la CCSS), 4 AS tipo 2, 5 AS tipo 3. (Tabla N°2)

Tabla N°2. Unidades evaluadas en la Supervisión Médica.**DRSSCS. 2016**

Área Salud Acosta
Área Salud Alajuelita
Área Salud Aserri
Área Salud Cartago
Área Salud Catedral Noreste
*Área Salud Concepcion - San Juan - San Diego
Área Salud Coronado
Área Salud Corralillo
*Área Salud Curridabat
Área Salud Desamparados 1
*Área Salud Desamparados 2
Área Salud Desamparados 3
*Área Salud Escazu
Área Salud Goicoechea 1
Área Salud Goicoechea 2
Área Salud Guarco
Área Salud Hatillo
Área Salud La Union
Área Salud Los Santos
Área Salud Mata Redonda Hospital
*Área Salud Montes De Oca
Área Salud Mora Palmichal
Área Salud Moravia
Área Salud Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca
Área Salud Paraiso
*Área Salud Paso Ancho - San Sebastian
*Área Salud Pavas
Área Salud Puriscal-Turubares
*Área Salud San Francisco - San Antonio
*Área Salud Santa Ana
Área Salud Turrialba
Área Salud Zapote - Catedral

***Corresponden a unidades administradas por terceros.**

Fuente: Instrumento de supervisión de la calidad medica DRSSCS

4.4 Modelo de Atención

Un modelo de atención tal y como lo menciona y enmarca Donabedian es “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”. Y “el modelo, en lo esencial describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades (educación, vivienda, recreación entre otros)”. (Donabedian, 1990, p.1)

Esto es el pilar de un proceso que para el interés de este estudio se conceptualiza desde lo estipulado en el primer nivel de atención.

Todos los servicios de primer nivel de atención que ofrece la CCSS en el país son brindados por los EBAIS (y sólo excepcionalmente en los servicios de urgencia de los establecimientos hospitalarios). En este nivel de atención se ofrecen servicios de promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad. Los servicios se agrupan en dos categorías: (i) programas de atención integral, básicamente en prevención y promoción, agrupados en diferentes grupos de edad que consideran necesidades de género y (ii) atención de la demanda por morbilidad prevalente.

Los Sistemas Locales de Salud (SILOS) son los predecesores de los actuales EBAIS, como ya se describió en los antecedentes, surgen en Costa Rica en la

década de los ochenta por una iniciativa de modernización de la OPS/OMS y que eran denominados modelo, los cuales se consolida en el Proyecto de Reforma del Sector Salud (1993), donde derivan en los Equipos Básicos de Atención Integral en salud, que son la base del trabajo operativo del modelo actual de atención.

Desde el inicio y a la actualidad los integrantes de los EBAIS tienen funciones específicas y comunes, que el Doctor William Vargas en su publicación sobre atención primaria describe en detalle:

“Médico general: Asume la responsabilidad de coordinar y dirigir el equipo básico, así como participar con los otros miembros del equipo en la solución de los problemas de salud que manifiesten los usuarios del servicio. El médico de atención primaria debe ser un administrador de los recursos que le otorga el sistema de salud, un organizador de su propio trabajo y de los colaboradores inmediatos. También conocer las formas de organización social y cómo trabajar con grupos organizados. Debe comprender las técnicas de promoción y educación para la salud y la prevención de la enfermedad. Además, este médico tiene que participar activamente en la vigilancia de la salud y disponer de criterios para desarrollar investigaciones aplicadas a los servicios de salud locales, participar en comisiones y en grupos de análisis de la situación local. El médico de Atención Primaria de Salud (APS) debe ser un buen clínico y estar al día en el conocimiento de los nuevos criterios de diagnóstico y de tratamiento de las enfermedades comunes en su población.

El médico de APS no podrá trabajar solo; necesita de la colaboración y el acompañamiento del personal auxiliar de salud y voluntarios de la comunidad; necesita también integrarse al quehacer de profesionales de otras disciplinas, tales como enfermeras, nutricionistas, trabajadores sociales, comunicadores, odontólogos, farmacéuticos, sociólogos e ingenieros sanitarios, entre otros. La práctica de la medicina en la Atención Primaria no es un trabajo aislado. Los

médicos, el personal de salud y la comunidad organizada necesitan trabajar en equipo para la solución de su problemática en el nivel local. El médico de la APS deberá adquirir nuevos conocimientos y destrezas en Salud Comunitaria, tema que todavía las Escuelas de Medicina omiten, o lo imparten parcialmente en la formación universitaria básica.

Auxiliar de enfermería: se ha desempeñado por muchos años en los servicios de salud del primer nivel en Costa Rica. Sus funciones son muy variadas y determinantes como colaborador (a) en la atención de salud, en la consulta médica y en otras actividades de la APS. Su formación tiene una duración de 11 meses y se imparte en los hospitales generales y especializados, por lo que requiere de cursos de capacitación y educación permanente en servicio para su trabajo en APS. Recibe la supervisión técnica permanente de una enfermera profesional del Equipo de Apoyo del Área de Salud.

Asistente técnico de atención primaria de salud: Dentro del personal de salud, tiene sus antecedentes en Costa Rica con el Asistente de Salud Rural, que se formó a principios de los años setenta. Aunque los contenidos del plan de estudios, entre cuatro y seis meses de duración, se han modificado a lo largo de los años, su función principal sigue siendo la visita a los hogares y el trabajo con las comunidades. En su programación actual el ATAPS debe visitar entre ocho y diez familias cada día de lunes a jueves; los viernes están reservados para seguimiento de casos especiales y para la vacunación de niños que han perdido su cita en el centro de salud. Recibe la supervisión técnica de una enfermera profesional del Área de Salud para conseguir unos sistemas de salud centrados en las personas.” (Vargas González, William 2006)

Continuando con el tema del modelo de atención actual específicamente en lo concerniente a los programas que incluyen estos, se orientan hacia una Atención Integral de Salud, que logre de manera eficiente y humanizada hacer

frente a las nuevas necesidades y exigencias de salud de la población, a un costo que el país pueda sostener y fortaleciendo los principios de la seguridad social.

Este modelo presenta ciertos programas que se han denominado prioritarios y que son la base para las supervisiones de calidad (anexo instrumento de evaluación de calidad DRSSCS).

Programa de atención integral del niño (0 a 9 años).

- Valoración del neonato.
- Realización de hemograma
- Interpretación de hemograma.
- Descartar anemia.
- Tratar anemia en caso de diagnosticarla.

Programa de atención integral del adolescente (10 a 19 años)

- Tamizaje de riesgo
- Envío de exámenes de laboratorio.
- Interpretación de exámenes de laboratorio.

Programa de atención integral de la mujer

- Realización de citología vaginal de acuerdo con grupo etáreo.
- Realización de tamizaje de riesgo cardiovascular (dislipidemias).

Programa de atención integral del adulto

- Realización de tamizaje de Cáncer de próstata según grupo etáreo.
- Realización de tamizaje de riesgo cardiovascular (dislipidemias).

Programa de atención integral de la mujer embarazada.

- Realización de captación temprana
- Realización de exámenes de laboratorio según edad gestacional con su adecuada interpretación y manejo.
- Adecuada captación en su período post parto.

Programa de atención integral del hipertenso.

- Control adecuado de sus cifras de presión arterial.
- Logro o no de presión arterial optima en la última toma anual.

Programa de atención integral del diabético.

- Control adecuado de sus cifras de glicemia.
- Logro o no de hemoglobina glicosilada óptima según el estadio de su enfermedad.

Programa de atención integral del adulto mayor (65 años y más)

- Tamizaje de riesgo del adulto mayor.
- Envío y valoración de exámenes de laboratorio

4.5 Atención médica desde la visión de la salud pública

La misión de la Salud Pública, de elevar el nivel de salud de las poblaciones, lleva a los gestores encargados, a realizar acciones masivas e intersectoriales, a través de estrategias y políticas, es así, como durante la historia reciente de la Salud Pública en Costa Rica, se han identificado muy claramente diversas acciones que impactan directamente en la salud de la población, la más reciente de ellas es la que se había mencionado durante los años 90, con la implementación de un programa de atención novedoso, en el marco de la atención primaria, relacionada con actividades de tipo asistencial a las personas, es decir, la atención de los usuarios por personal capacitado. Lo anterior, bajo el marco de la atención primaria que garantice en este sentido, el

respeto a dos principios fundamentales de la salud pública como lo es la “equidad y justicia”. (Vargas William 2006)

El medir y analizar los resultados de evaluaciones de calidad en el desarrollo de este modelo de atención es lo que da una idea del funcionamiento del mismo (Vargas William 2006) y con ello de poder tomar decisiones para la mejora en pro del sistema asistencial de salud.

Situaciones como heterogeneidad en los resultados de estas mediciones deberían de ser avisos para las instancias prestadoras de servicios de salud, las cuales pueden utilizar para hacer un análisis de los factores que se deben mejorar, con el propósito de que esa brecha entre centros de salud con alta calidad de atención y los de baja calidad se estreche, y así, poder afirmar que la atención, en cualquier área de salud, en la que se presente un usuario, va a ser igual, dirigidas siempre hacia a una alta calidad de la atención médica, y los resultados se vean generalizados para poblaciones completas.

4.6 Gerencia de la salud

El tema de la administración o gerencia de la salud genera una necesidad de desarrollo en los últimos años, para con ello darle una “racionalidad científica tanto a los análisis de los sistemas de salud como a las decisiones para la resolución de sus problemas”. (Jiménez Sandra.1997).

Fundamentado en lo anterior, es que el problema de la calidad en la atención médica debe ser abordado desde varias aristas sin perder el punto de vista gerencial, ya que se lograría un abordaje científico y fundamentado para realizar observaciones y tomar las medidas para garantizar una atención de calidad médica.

Como se menciona Pastor Castell, “la razón de ser de la gerencia en salud es lograr crecer en calidad y oportunidad de hacer más y mejor salud empleando la menor cantidad de recursos posibles, para lo cual se dispone de los instrumentos y las tecnologías de cómo hacerlo. A los que trabajamos el campo de la administración de la salud, nos corresponde lograr que esto se entienda y se haga”. (Pastor Castell-FloritSerrateRev. 2017).

Este punto de vista descrito anteriormente, se apega de forma importante al sentido que se le debe dar a las funciones de los líderes en el tema de la atención en salud, enrumbadas paralelamente al resto de funciones gerenciales que deben cumplir.

5. Marco metodológico

Se describe a continuación el paradigma, diseño metodológico, tipo de estudio, cuadro de categorías y variables y la recolección de la información, así como, la forma de análisis de resultados y finalmente en este apartado se menciona la garantía ética.

5.1 Paradigma

Se utilizó el modelo mixto, ya que el tema que se abordó necesitó integrar variables tanto cuantitativas como cualitativas, siendo importante en este estudio, la correlación de los componentes de calidad descritos en la literatura con los resultados de las evaluaciones de la atención médica de las AS, identificando la combinación de variables, que conllevan al cumplimiento de los estándares de calidad de la atención médica, así como, de las opiniones de actores claves.

Ahora bien, desde el punto de vista ontológico (filosofía: de la naturaleza del ser), este estudio presentó su sentido específico en que la institución CCSS, necesita cumplir con los diferentes estándares de calidad, que señalan las políticas nacionales de salud, y que según las diferentes evaluaciones que se han realizado por medio de la DRSSCS, identifican AS, donde a pesar de estar bajo la misma gestión institucional de la CCSS, las expectativas en algunas, no se han cumplido de manera cabal, y esto se traduce en un oferta de los servicios de salud heterogénea para las poblaciones determinadas.

En cuanto a lo epistemológico (filosofía: que estudia los fundamentos y métodos del conocimiento científico/ teoría del conocimiento), el estudio desarrolló el conocimiento desde la recolección, identificación y análisis, que inicia con la realidad local de las AS y luego con los procesos de evaluación de los índices

de calidad en la atención médica que se manejan a nivel de la DRSSCS y que toma en cuenta las normas de atención vigentes del MS de Costa Rica, protocolos, guías y normas institucionales.

Por tanto, el plano metodológico se consideró positivista y constructivista. Por un lado, con el deseo de conocer y describir la realidad objetiva del proceso de gestión de consulta de las AS, con mejores estándares de calidad, y por otro, estudiar la naturaleza de la realidad que rodean al personal de salud como parte de la dinámica de la atención primaria.

5.2 Diseño metodológico y tipo de estudio

Este estudio se desarrolló mediante un paradigma mixto, con un diseño metodológico con prioridad de enfoque cuantitativo, donde se abarcó, tanto, los resultados de la supervisión de calidad médica de las AS, como los componentes de la calidad de la atención descritos en la literatura por Avedis Donabedian, el cual define tres componentes, el técnico, el interpersonal y el de confort los cuales se valoraron al extrapolarlos a nuestra realidad institucional, con aspectos que deben incluirse para el cumplimiento de cada componente.

El ambiente del estudio correspondió a la totalidad de las AS, pertenecientes a la DRSSCS, durante el periodo 2016, incluyendo las notas de las supervisiones de cada AS, buscando analizarlas con respecto a los componentes de calidad.

El diseño utilizado fue de triangulación concurrente secuencial, al analizar resultados tanto cualitativos, con la entrevista a los actores clave describiendo su percepción de la calidad en las áreas de salud, como cuantitativos en la estadística de las notas de cada área de salud, por lo que se aprovechó las ventajas de ambos métodos.

5.3 Procedimiento metodológico

La unidad de análisis fueron todas las 32 Áreas de Salud, las cuales se agruparon según porcentaje obtenido de la nota de cumplimiento de los criterios de calidad, y se agruparon, donde un primer grupo lo formaron las AS que cuentan con notas de cumplimiento de 90 o más, al considerarse este el valor cercano a la excelencia y por tanto, el esperado para todas las AS, un segundo grupo con notas de cumplimiento entre 80 y menos de 90, al considerarse próximos a obtener valores cercanos a la excelencia, un tercer grupo con notas de 70 a menos de 80, lejanos a la excelencia y finalmente un último grupo con notas menores a 70, por tanto, clasificadas dentro de la ineficiencia en calidad de la atención (Gómez, et al, 2016).

Las anteriores notas fueron obtenidas en las supervisiones realizadas en el año 2016 por parte de la DRSSCS de la CCSS y las cuales estuvieron disponibles para el estudio en su totalidad en marzo del año 2017. Estos datos se digitaron en la base de el programa EXCEL para realizar la agrupación correspondiente.

La clasificación anterior permitió identificar las AS, dentro de un estándar de resultados de la supervisión, con el que se analizó sus propias características y se valoró posteriormente los casos especiales. Cabe aclarar que no es objetivo de este trabajo la desagregación de datos de la supervisión.

Se aplicó la tabla de encuesta, que incluyó todos los aspectos de los tres componentes, cada uno con elementos basados de la literatura (Net y Suñol, 1980) y extrapolados a la realidad institucional desde un punto de vista estructural determinados previamente por el equipo de investigación:

COMPONENTES TÉCNICOS: contar con consultorio médico propio, camilla para la exploración adecuada del usuario, laboratorio clínico en el área de salud, rayos X en el área de salud, equipo de diagnóstico completo para la

exploración del paciente, equipo para toma de electrocardiograma en la sede donde atienden al usuario, actividades de educación médica continua en aspectos científicos prácticos (actualización en enfermedades, medicamentos, tratamientos, abordajes, etc.), equipo de cómputo adecuado y con expediente digital.

COMPONENTES INTERPERSONALES: (recursos para el personal médico para desarrollar las relaciones interpersonales con los usuarios): Existencia en el área de actividades de capacitación del personal en los derechos y deberes de los usuarios externos, capacitación del personal en los derechos y deberes de los usuarios internos, apoyo local de especialistas como pediatría, medicina familiar, medicina interna o de ginecología.

COMPONENTES DE CONFORT (interna y externa): situación en cuanto a la relación laboral directa con la CCSS (si son contratados directamente por la CCSS), ubicación geográfica del área de salud de características rurales, existencia de EBAIS centralizados en la sede del área de salud, presencia de capacitación médica continua, si las áreas de salud estudiadas cuentan con servicio de emergencias, expediente electrónico en el año de supervisión, y si su programación de pacientes por hora es de 4 pacientes o por el contrario les programan cantidades superiores a este número.

La tabla de la encuesta fue enviada en un primer momento a cuatro AS, para validar claridad, facilidad de llenado y tiempo de reenvío. Una vez que se validó la tabla de encuesta y en un segundo momento, se envió por parte de los investigadores a toda la población de estudio, específicamente a 32 directores médicos, con el fin de comprobar la presencia de los componentes de calidad en cada AS. Los datos obtenidos de la tabla de la encuesta se incluyeron en la base de datos del programa Excel, para ser tabulados. A cada ítem se le dio un peso relativo, por medio de un cálculo simple, dividiendo 100 entre el total de

preguntas, el cual resultó ser de 0.7 que es sumado al final para dar un 100% de cumplimiento.

Posteriormente, una vez que se obtuvo por parte de los investigadores, todos los datos, incluyendo las calificaciones referentes al 2016, reportadas por la DRCSSS, y los datos de la tabla de encuesta, ambos en base de datos de EXCEL, se realizaron cálculos estadísticos, incluyendo medidas de posición (percentiles 25 y 75) y regresión lineal, con el fin de determinar las similitudes o diferencias en las notas obtenidas de la encuesta y de la supervisión de cada AS entre ellas y determinar si existen casos especiales.

Finalmente, se realizó el análisis, buscando semejanzas o diferencias entre las AS, que conforman un mismo grupo, tipificado previamente según notas de la supervisión de la DRSSCS. También se identificaron casos especiales dentro de los grupos tipificados, que no concordaron con las características del resto del grupo, tomando en cuenta, la nota obtenida con las características encontradas en la encuesta, identificados estos casos especiales por presentar una diferencia de 30 puntos entre la nota de supervisión y la nota de la encuesta, a estos casos se les realizó el análisis apoyado con las entrevistas a personas clave de algunas de las Áreas de Salud.

Por último y para poder realizar una comparación de datos cuantitativos, se aplicaron una serie de encuestas a funcionarios claves en el proceso de evaluación de la calidad en la DRSSCS, así como a directores médicos evaluados en dicho proceso, y con ello aplicar una metodología de triangulación concurrente, con lo que se buscó corroborar y comparar los resultados obtenidos cuantitativamente con los obtenidos de forma cualitativa.

5.4 Cuadro de categorías y variables

El siguiente cuadro de categorías y variables instruye y describe la sistematización de la metodología, incluyendo las categorías y variables a identificar en el presente estudio, definiéndolas y mostrando el indicador de análisis, así como, el instrumento o técnica por desarrollar para el cumplimiento de los objetivos.

ANÁLISIS DE LA SUPERVISIÓN MÉDICA DE LAS ÁREAS DE SALUD, SEGÚN LOS COMPONENTES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN, DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SERVICIOS DE SALUD CENTRAL SUR, CCSS. 2016.				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CATEGORIA (CUALITATIVA) VARIABLE (CUANTITATIVA)	CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADOR /CÓDIGO	INSTRUMENTO/TÉCNICA
Tipificar las Áreas de Salud según los resultados de la evaluación de calidad de la atención médica, sin desagregarlos	Variables: Notas totales de evaluación de calidad de la atención médica.	Evaluación realizada por la DRSSCS a Áreas de Salud basada en la Norma de Atención Integral del MS vigente.	Porcentaje de cumplimiento de las Áreas de Salud	Base de datos de supervisión de calidad de la DRSSCS, la cual se analiza en un programa de EXCEL, para clasificarlas según notas totales y distribución de cumplimiento según atenciones. integrales: Se clasifican por grupos según nota total: 1. Cercano a la excelencia (muy bueno): 90% o más, 2. Próximos a obtener valores cercanos a la excelencia (buena): menos 90% a 80%, 3. Lejanos a la excelencia (regular): menos de 80% a 70% 4. Ineficiencia o mala: menos de 70%.
Determinar el porcentaje de los componentes de la calidad de la atención, que están presentes en la AS, según la literatura.	Variable: Porcentaje de presencia de componentes de calidad de la atención.	Componentes de calidad de la atención según los descritos por Avedis Donabedian 1. componentes Técnicos 2. componentes interpersonales 3. componentes de confort	Porcentaje de existencia de componentes de calidad por Área de Salud	Encuesta realizada a la Dirección de cada AS para identificar la presencia de los componentes necesarios para la calidad de la atención, previa validez de esta. Clasificación por componentes de calidad, aportándole un peso relativo a ítem presente. 1. 90% o más, 2. menos 90% a 80%, 3. menos de 80% a 70%

				4. menos de 70%.
Comparar los componentes de calidad con los resultados de las evaluaciones de la atención médica, de las AS adscritas a la DRSSCS.	Variable: Relación de componentes de calidad con evaluaciones de la supervisión.	Relación entre la existencia de componentes de calidad y el cumplimiento de criterios para la buena atención médica según normas de la CCSS, que se aplican en las supervisiones regionales anuales	Existencia de relación directa entre los componentes de calidad "encuesta" con la evaluación de la DRSSCS "Supervisión de notas de calidad de la atención"	Análisis estadísticos: <ul style="list-style-type: none"> ● Percentiles ● Ponderación de ambas notas ● Regresión lineal
Identificar variaciones entre las Áreas de Salud, según grupos tipificados y los casos especiales, en cada uno de ellos.	Variable Determinación de variaciones de las AS analizadas.	Variaciones de las AS, con mejores y peores porcentajes de cumplimiento y los casos especiales que se identifican, en cada uno de los grupos de estudio.	Variaciones y existencia o ausencia de casos.	Descripción de las características encontradas en cada grupo de estudio y de los casos aislados identificados en cada grupo.
Describir la percepción de las autoridades (actor clave) de las Áreas de Salud que se catalogan como casos especiales, sobre los componentes de calidad en el instrumento de supervisión.	Categoría Percepción de actores claves involucrados en la supervisión médica.	Comunicación de actores claves sobre las impresiones del instrumento de calidad utilizado en la DRSSCS	Percepción de la evaluación de calidad	Entrevista a actores claves.

5.5 Recolección de información

El proceso de la recolección de datos se realizó con el aporte de la DRSSCS, sobre las notas de evaluación del total de las AS, inclusive son datos que se divulga en la web de la CCSS, y se introdujeron en un Excel, identificando las AS y tipificándolas por grupos.

La identificación de los componentes de calidad presentes se realizó a través de una tabla de encuesta a todos los directores médicos de la totalidad de las AS por medio de la plataforma Survey Monkey, vía correo electrónico y mensajes MSM por parte del equipo investigador.

5.5.1 Datos cuantitativos

Las notas de las supervisiones médicas que fueron realizadas a cada una de las AS de la DRSSCS durante el año 2016 se tipificaron, según nota obtenidas. Los componentes de la calidad de la atención, los cuales se subdividen, en técnicos, interpersonales y de confort. Cada uno cuenta con elementos que se constatan en la encuesta.

5.5.2 Información cualitativa

Percepción de actores clave en relación con la calidad de la atención en la evaluación de la dirección regional.

5.6 Análisis de resultados

5.6.1 Análisis cuantitativo

El análisis de los datos se realizó a través de un programa estadístico, que permitió calcular percentiles y la regresión, analizando los resultados de la supervisión médica, y se correlacionaron con los componentes de calidad de la atención descritos en la literatura.

Dicho análisis se desarrolló en los siguientes apartados, los cuales corresponden a los objetivos del estudio:

- Tipificar las Áreas de Salud según los resultados de la evaluación de calidad de la atención médica realizada por la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur.
- Determinar el porcentaje de los componentes de la calidad de la atención, que están presentes en las Áreas de Salud adscritas a la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur.
- Comparar los componentes de calidad con los resultados de las evaluaciones de la atención médica, de las Áreas de Salud adscritas a la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur.
- Identificar variaciones entre las Áreas de Salud, según grupos tipificados y los casos especiales, en cada uno de ellos.

5.6.2 Análisis cualitativo

En cuanto al análisis de la información cualitativa, se basó en la exploración de la información, según lo generado en la observación realizada de la tabla de

encuesta y la tipificación de las AS según las notas de la supervisión. Lo anterior vinculando los resultados con la información conocida, cuyo objetivo es:

- Describir la percepción de las autoridades (actor clave) de las Áreas de Salud que se catalogan como casos especiales, sobre los componentes de calidad en el instrumento de supervisión.

5.7 Garantía ética

Este estudio, manejó información de notas generales según evaluación de cada AS, que en su momento incluyó expedientes de casos de pacientes de las AS identificadas, revisados por supervisores médicos, además de información del propio personal de salud, por lo que el mismo se enmarca en el respeto absoluto a los principios éticos requeridos con el fin de no violentar los derechos de las personas mencionadas. Cabe aclarar que este equipo investigador en ningún momento necesitó del acceso a expedientes de salud ni a ninguna base de datos de pacientes.

Además, se contó con el consentimiento de cada uno de los entrevistados para la utilización de su nombre y sus respuestas en el presente estudio.

Autonomía:

Con el fin de garantizar el respeto a este principio el cual se vería más que todo en la parte de la información recopilada en entrevistas del director de cada AS, se les informa el objetivo primordial del estudio para el que se les está solicitando la encuesta.

Como parte importante de la autonomía mencionada es el acceso, control y difusión de la información manejada, para lo cual se destina un sitio específico con acceso restringido de terceros y en caso de información digital se almacena

también en dispositivos de accesos restringidos por medio de códigos de seguridad.

Beneficencia y no maleficencia:

En este estudio no se va a tener intervención directa a pacientes con algún elemento terapéutico o de diagnóstico, por lo que este principio no se aplicaría de una forma plena. Es importante mencionar que los aspectos a desarrollar como parte de la investigación es tomar en cuenta por medio de la encuesta que se maneja información muy propia de las AS en cuanto a preguntas relacionadas con capacitación recibida, pertenencia directa o indirecta a la CCSS, característica de la población atendida entre rural o urbana, entre otros. Dicha información se maneja por medio de codificaciones de cada una de las AS para proteger del riesgo de fuga de información. Además, dentro de los aspectos a determinar será la codificación de cada uno de las AS estudiadas y del personal encuestado.

Justicia:

Este principio se aplicará a la hora de generar recomendaciones al final del estudio, las cuales tratarán de ser dirigidas para mejorar aspectos de calidad en las AS, donde se necesite mejorar las condiciones de atención a los usuarios, es decir, lo que se espera luego del estudio es brindar un insumo que sustente y dirija las decisiones gerenciales de las autoridades de las AS de la DRSSCS con aspectos de impacto directo en la calidad de la atención.

6. Resultados

Los resultados se presentan por apartados, los cuales corresponden a los objetivos específicos, tomando en cuenta para los resultados la totalidad de la población, que incluye las 32 Áreas de Salud de la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur.

6.1 Tipificación de las Áreas de Salud según los resultados de la evaluación de calidad de la atención médica realizada por la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur.

Primero se procedió a enlistar las diferentes notas de “Supervisión de Calidad de la Atención Médica” realizada por parte de los supervisores médicos de la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur, durante el 2016, identificándose dichos datos por cada una de las 32 Áreas de Salud. (Tabla N°3)

Tabla N°3: Notas de supervisión de menor a mayor, de las 32 Áreas de Salud.**DRSSCS. 2016.**

Área de Salud	Puntaje obtenido
Moravia	63,44
Desamparados 1	63,47
Catedral Noreste	64,23
Corralillo	64,93
Goicoechea 2	67,53
Puriscal-Turrubares	68,42
Los Santos	68,51
Turrialba	68,83
Hatillo	70,34
Zapote-Catedral	70,84
Alajuelita	71,52
Paraíso	71,78
Cartago	72,22
Mora-Palmichal	72,48
El Guarco	74,07
Coronado	74,90
Mata Redonda	75,23
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	76,54
Desamparados 3	76,77
Aserri	76,94
Acosta	79,07
La Unión	80,30
Montes de Oca	80,48
Goicoechea 1	83,66
Curridabat	84,67
Concepción-San Juan-San Diego	84,87
Pavas	87,37
Paso Ancho-San Sebastián	87,37
Desamparados 2	87,72
Escazú	90,08
Santa Ana	91,90
San Francisco	92,14

Fuente: base de datos de la Supervisión de calidad. DRSSCS. 2016.

6.2 Determinación del porcentaje de los componentes de la calidad de la atención, que están presentes en las Áreas de Salud adscritas a la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur

En la encuesta “Componentes de Calidad de la Atención” se valoraron los datos para el mismo año (2016), a través de 19 preguntas relacionadas con la presencia de dichos componentes, la cual se realizó bajo la plataforma informática Survey Monkey, del 23 de setiembre de 2017 al 8 de febrero de 2018, recopilando la información directamente de cada director médico de las 32 Áreas de Salud adscritas a la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur. Se obtuvo un 100% de respuesta. (Tabla N°4)

Tabla N°4: Resultados de Encuesta de “Componentes de Calidad de Atención” de menor a mayor, de las 32 Áreas de Salud. DRSSCS. 2016.

Área de Salud	Puntaje obtenido
Concepción-San Juan-San Diego	36,84
Desamparados 3	39,47
Goicoechea 1	39,47
Paraíso	39,99
Turrialba	45,99
Cartago	49,94
Escazú	51,31
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	51,99
Acosta	52,63
Corralillo	53,26
Los Santos	53,84
Alajuelita	56,20
Curridabat	57,89
Moravia	58,94
Desamparados 2	62,05
La Unión	62,78
San Francisco	63,16
Montes de Oca	64,70
El Guarco	67,26
Santa Ana	71,05
Hatillo	73,52
Aserí	73,68
Mora-Palmichal	74,05
Puriscal-Turrubares	76,31
Zapote-Catedral	77,36
Catedral Noreste	78,94
Goicoechea 2	78,94
Paso Ancho-San Sebastián	79,99
Coronado	80,20
Pavas	80,20
Mata Redonda	91,73
Desamparados 1	99,90

Fuente: base de datos “Componentes de Calidad de Atención”. Encuesta. 2017-2018.

De la tabla anterior, y según lo mencionado en la tabla 2 en cuanto a las áreas de salud que son administradas por terceros es importante observar que un 71,87% (n= 23) del total de las mismas tienen una relación laboral directa con la CCSS, además, se puede observar con respecto a las características geográficas, un 40,63% (n=13) son urbanas, un 9,37% (n=3) son rurales, y un 50,00% (n=16) son mixtas.

Las AS rurales son Acosta, Corralillo y Los Santos, las urbanas son Cartago, Catedral Noreste, Curridabat, Desamparados 1, Goicoechea 2, Hatillo, Montes de Oca, Mata Redonda, Paso Ancho-San Sebastián, Pavas, San Francisco, Santa Ana y Zapote Catedral y las AS mixtas son Alajuelita, Aserrí, Concepción-San Juan-San Diego, Coronado, Desamparados 2, Desamparados 3, El Guarco, Escazú, Goicoechea 1, La Unión, Los Santos, Moravia, Oreamuno, Paraíso, Puriscal-Turrubares y Turrialba.

La capacitación médica continua se impartió en el 100% (n=32) de las Áreas de Salud. Las Áreas de Salud con EBAIS centralizados fueron un 59,37% (n=19). Contaban con servicio de Emergencias el 56,25% (n=18) y con expediente electrónico el 87,50% (n=28) de las ÁS.

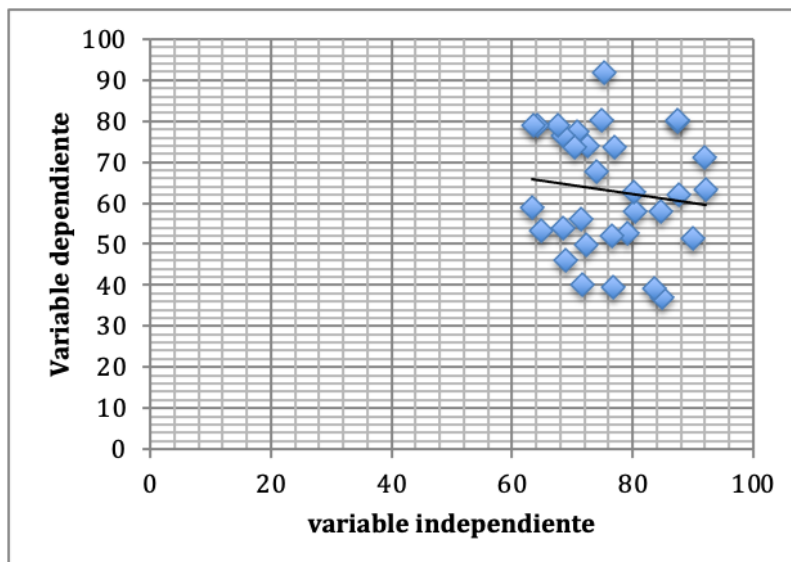
Con respecto al número de pacientes atendidos por hora el 87,50% (n=28) de las ÁS atienden 4 pacientes por hora y un 12,50% (n=4) atienden 5 pacientes por hora.

6.3 Comparación de los componentes de calidad con los resultados de las evaluaciones de la atención médica, de las Áreas de Salud adscritas a la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur

Los resultados de la regresión lineal no mostraron una aproximación de la relación de dependencia entre la variable dependiente (supervisión regional)

con la variable independiente (encuesta de componentes de calidad). (Gráfico N°2)

Gráfico N°2. Regresión lineal, Supervisión Médica vs Componentes de Calidad.
Áreas de Salud, DRSSCS. 2016.



Fuente: base de datos Supervisión Médica y Encuesta 2017-2018.

Eje X: variable independiente (encuesta de componentes de calidad)

Eje Y: variable dependiente (supervisión regional)

6.4 Identificación de variaciones entre las Áreas de Salud, según grupos tipificados y los casos especiales, en cada uno de ellos

Se realizó una ponderación de datos de los dos puntajes obtenidos de la “Supervisión de Calidad de la Atención Médica” 2016 y de la Encuesta de “Componentes de Calidad de Atención” 2016. (Tabla N°5)

Tabla N°5: Resultados de la ponderación “Supervisión de Calidad de la Atención Médica” y de la Encuesta de “Componentes de Calidad de Atención”, de menor a mayor.

De las 32 Áreas de Salud. DRSSCS. 2016.

Área de Salud	Puntaje ponderado
Paraíso	55,88
Turrialba	57,41
Desamparados 3	58,12
Corralillo	59,09
Concepción-San Juan-San Diego	60,85
Cartago	61,08
Los Santos	61,17
Moravia	61,19
Goicoechea 1	61,56
Alajuelita	63,86
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	64,26
Acosta	66,16
El Guarco	70,66
Escazú	70,69
Curridabat	71,28
La Unión	71,54
Catedral Noreste	71,58
Hatillo	71,93
Puriscal-Turubares	72,36
Montes de Oca	72,59
Goicoechea 2	73,23
Mora-Palmichal	73,26
Zapote Catedral	74,10
Desamparados 2	74,88
Aserri	75,31
Coronado	77,55
San Francisco	77,65
Santa Ana	81,47
Desamparados 1	81,68
Mata Redonda	83,48
Paso Ancho-San Sebastián	83,68
Pavas	83,78

Fuente: Base de datos de promedios ponderados. Áreas de Salud. 2016

6.5 Descripción de la percepción de las autoridades (actor clave) de las Áreas de Salud que se catalogan como casos especiales, sobre los componentes de calidad en el instrumento de supervisión

Los resultados completos de este punto se colocaron como anexo número 1, con el fin de presentarlo completo, y en el punto siguiente de análisis de resultados se describieron por cada pregunta realizada a los actores claves.

7. Análisis de resultados por objetivo

El análisis de resultados se realizó por objetivos.

7.1 Tipificar las Áreas de Salud según los resultados de la Supervisión de Calidad de la Atención Médica.

De las 32 Áreas de Salud, las notas de supervisión médica (cumplimiento de criterios para la buena atención médica aplicada por la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur) recibidas fueron cercanas a la excelencia o muy bueno (nota: 90 o más) en 9,4% (n=3) de las AS, de buena (nota: 80 a 89) en 25,0% (n=8), regular (nota: 70 a 79) en 40,6% (n=13) y mala o ineficiente (nota: menos de 70) en 25,0% (n=8).

Basándose en estos resultados se puede observar que poco más de una tercera parte (34,4%) de las Áreas de Salud supervisadas obtuvieron una nota aceptable (muy buena o buena) en cuanto al cumplimiento de los criterios de calidad estipulados de la supervisión médica de la DRSSCS.

Mientras que, en el otro extremo de la lista, una cuarta parte de las Áreas de Salud manejan una nota mala o ineficiente, por debajo de 70, si se une esta clasificación a la de regular, representaría más de la mitad de las Áreas de Salud (65,6%). (Tabla N°6)

Tabla N°6: Áreas de Salud según nota de Supervisión y categorización de su puntaje obtenido. DRSCSCS, 2016.

Área de Salud	Supervisión	Clasificación
San Francisco	92,1	Muy Buenos (9,4%)
Santa Ana	91,9	
Escazú	90,1	
Desamparados 2	87,7	Buenos (25,0%)
Pavas	87,4	
Paso Ancho-San Sebastián	87,4	
Concepción-San Juan-San Diego	84,9	
Curridabat	84,7	
Goicoechea 1	83,7	
Montes de Oca	80,5	
La Unión	80,3	
Acosta	79,1	Regular (40,6%)
Aserri	76,9	
Desamparados 3	76,8	
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	76,5	
Mata Redonda	75,2	
Coronado	74,9	
El Guarco	74,1	
Mora-Palmichal	72,5	
Cartago	72,2	
Paraíso	71,8	
Alajuelita	71,5	
Zapote Catedral	70,8	
Hatillo	70,3	
Turrialba	68,8	Malos (25,0%)
Los Santos	68,5	
Puriscal-Turubares	68,4	
Goicoechea 2	67,5	
Corralillo	64,9	
Catedral Noreste	64,2	
Desamparados 1	63,5	
Moravia	63,4	

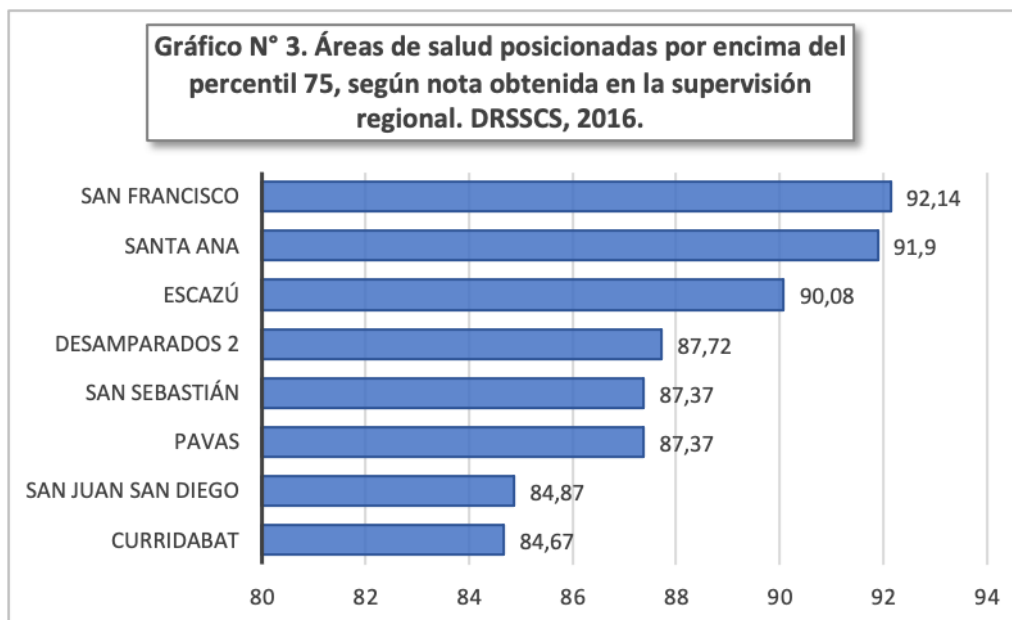
Fuente: Base de datos de resultados. Áreas de Salud. 2016

Percentiles 75 y 25

Percentil 75	84,42	El 75% de las áreas de salud obtuvieron 83,07 o menos/el 25% sacaron más de 84,42
Percentil 25	69,21	El 25% de las áreas de salud obtuvieron 68,83 o menos/el 75% sacaron más de 69,21

Al valorar el percentil 75 (84.42), se identifica el Área de Salud de Curridabat con una nota de 84,70 y el resto de las áreas, con notas superiores a la misma, siendo estas las que superan dicho percentil. Estas áreas de salud tienen como dato importante que el 100% de los casos fueron unidades administradas por medio de contratos a terceros, para lo cual es importante tomar en cuenta que los ítems revisados en este tipo de supervisión se apegan a los mismos que se revisan para verificar que se esté cumpliendo con lo contratado.

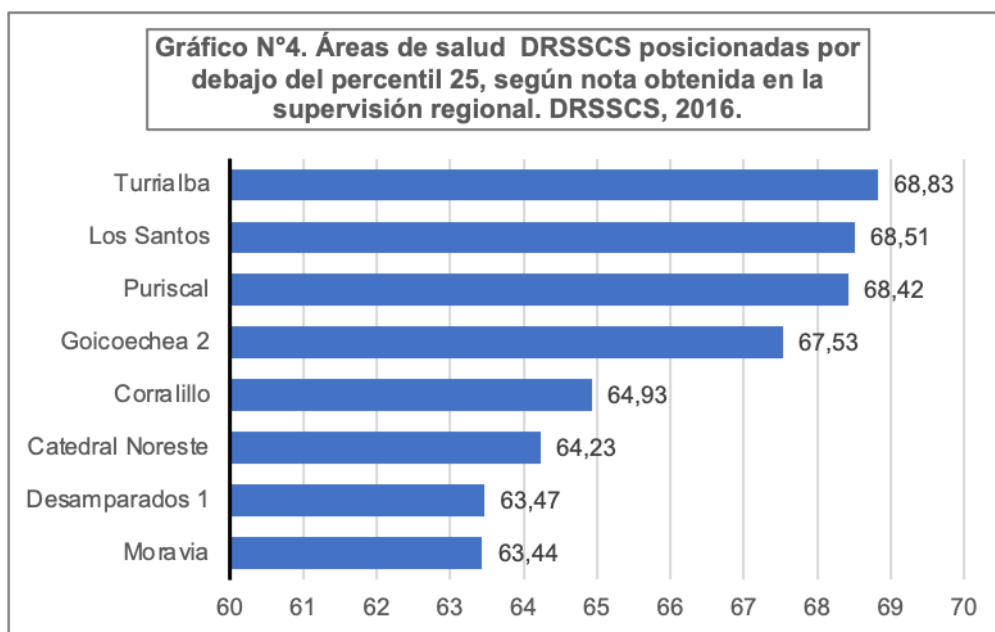
Además, es interesante observar que el 100 % de las Áreas, que superaron el percentil 75 se encuentran dentro del Gran Área Metropolitana, con población de características urbanas en su mayoría, con excepciones de Pavas (Urbano Marginal), Escazú y Santa Ana que si bien son áreas la mayoría urbanas todavía existen poblaciones rurales dentro de las mismas. (Gráfico N°3)



Fuente: Base de datos de resultados. Áreas de Salud. 2016

Ahora bien, por debajo del percentil 25 (69,21), se ubica Turrialba con 68,83 y el resto de las áreas con notas inferiores a la misma siendo las que son posicionadas con los peores datos obtenidos.

Al analizar las Áreas de Salud que se encuentran por debajo del percentil 25 se observa que todas son áreas administradas directamente por la CCSS y con características de población muy variadas, con zonas rurales como Los Santos, Turrialba, Puriscal y Corralillo, y urbanas como Desamparados 1, Moravia, Goicoechea 2 y Catedral Noreste. (Gráfico N°4)



Fuente: Base de datos de resultados. Áreas de Salud. 2016

7.2 Determinar el porcentaje de los componentes de la calidad de la atención, que están presentes en las Áreas de Salud adscritas a la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur.

Las 32 AS (100%) contestaron la encuesta relacionada con la presencia de determinantes de calidad. Los resultados fueron los siguientes: obtuvieron cercano a la excelencia o muy bueno (nota: 90 o más) un 6,2% (n=2), buena (nota: 80 a 89) un 9,4% (n=3), regular (nota: 70 a 79) un 25,0% (n=8) y mala o ineficiente (nota: menos de 70) un 59,4% (n=19).

Analizando este segundo aspecto del estudio, el cual implica la presencia de los componentes de calidad, se determina un panorama distinto, ya que dentro de la clasificación de muy bueno y bueno solo el 15,6% de las Áreas de Salud se clasifican en estos niveles, o sea, menos de la quinta parte de las Áreas tienen un cumplimiento pleno o aceptable de los componentes de calidad que deberían estar presentes.

Por otra parte, un porcentaje de más de la mitad (59,3%) presentaron un puntaje deficiente en cuanto a la presencia de los componentes de calidad. (Tabla N°7)

Tabla N°7: Áreas de Salud según “Componentes de Calidad de Atención” presentes y categorización del porcentaje de presencia. DRSSCS, 2016.

Área de Salud	% de componentes de calidad presentes	Clasificación
Desamparados 1	99,9	Muy Buenos (6,3%)
Mata Redonda	91,7	
Coronado	80,2	Buenos (9,4%)
Pavas	80,2	
Paso Ancho-San Sebastián	80,0	
Catedral Noreste	78,9	
Goicoechea 2	78,9	Regular (25,0%)
Zapote-Catedral	77,4	
Puriscal-Turubares	76,3	
Mora-Palmichal	74,1	
Aserri	73,7	
Hatillo	73,5	
Santa Ana	71,1	
El Guarco	67,3	Malos (59,3%)
Montes de Oca	64,7	
San Francisco	63,2	
La Unión	62,8	
Desamparados 2	62,1	
Moravia	58,9	
Curridabat	57,9	
Alajuelita	56,2	
Los Santos	53,8	
Corralillo	53,3	
Acosta	52,6	
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	52,0	
Escazú	51,3	
Cartago	49,9	
Turrialba	46,0	
Paraíso	40,0	
Desamparados 3	39,5	
Goicoechea 1	39,5	
Concepción-San Juan-San Diego	36,8	

Fuente: Base de datos de resultados. Áreas de Salud. 2016

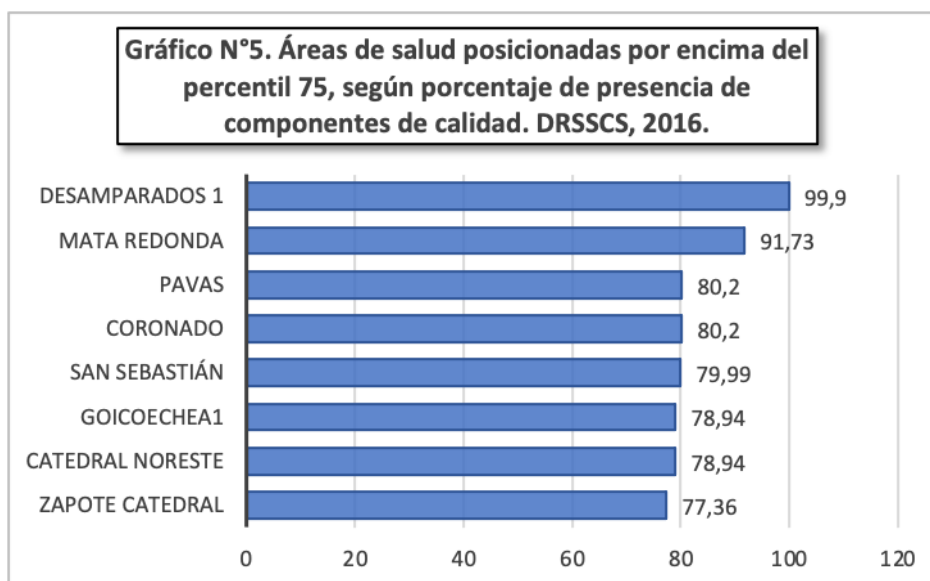
Percentiles 75 y 25

Percentilo 75	77,10	El 75% de las áreas de salud sacaron 76,30 o menos/el 25% sacaron más de 77,10
Percentilo 25	52,15	El 25% de las áreas de salud sacaron 51,99 o menos/el 75% sacaron más de 52,15

Al valorar el percentil 75 (77.10), se identifica el Área de Salud de Zapote-Catedral con una nota de 77,40 y el resto de las áreas, con notas superiores a dicho percentil.

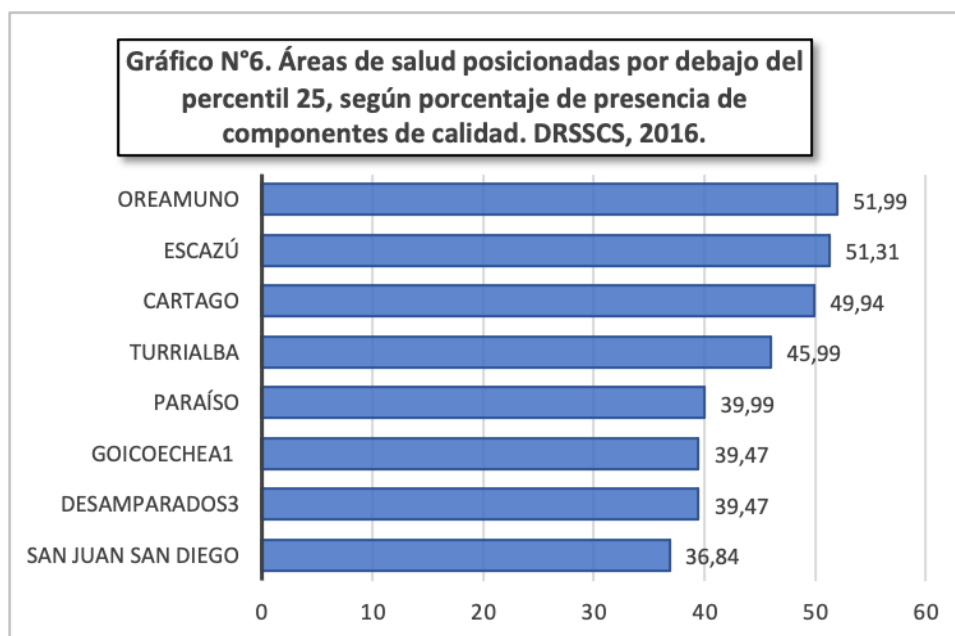
Al analizar las áreas que se ubicaron por debajo del percentil 25 (52,15), se ubica Oreamuno-Pacayas- Tierra Blanca con 52,00 y el resto de las áreas con notas inferiores.

Según los “Componentes de Calidad de Atención”, se observa que por arriba del percentil 75 hay más variedad de Áreas de Salud que en el apartado de Supervisión Regional, con respecto a la administración de estas. Mientras que en la supervisión se tenía un 100% de Áreas de Salud administradas por terceros, en esta solo representa el 25% (2/8) de las Áreas, el resto son administradas por la misma CCSS. Incluso Áreas como Desamparados 1 y Mata-Redonda alcanzaron puntajes sobresalientes, situación que llama la atención, por ejemplo, con Desamparados 1 y Catedral-Noreste, que se ubicaron por debajo del percentil 25 en el apartado anterior. (Gráfico N°5)



Fuente: Base de datos de resultados. Áreas de Salud. 2016

Específicamente, las 8 Áreas de Salud que se ubican por debajo del percentil 25, tienen un puntaje inferior a 52,15 en los componentes de calidad, de estas un 75% (n=6) son entidades directas de la Caja, mientras que un 25% (n=2) son contratos de terceros. Por otra parte, dentro de este mismo grupo, se encuentran Áreas de Salud administradas por terceros, como son Escazú y San Juan- San Diego, que paradójicamente aparecen en las supervisiones regionales por arriba del percentil 75, presentaron notas de supervisión regional Muy Buena y Buena (90,1 y 83,7 respectivamente), mientras que el resto que pertenecen directamente a la Caja, presentan notas de supervisión regional buena, Goicoechea 1 (84,9) y cuatro (Desamparados 3, Oreamuno, Cartago y Paraíso) tienen nota regular (76,8, 76,5, 72,2 y 71,8 respectivamente), una (Turrialba) tiene nota mala (68,8). Áreas de Salud con zonas de población rural se presentan en un 37,5% (Turrialba, Oreamuno y Paraíso), lo cual implica dificultad en aspectos como vías de acceso y poblaciones con bajas concentraciones demográficas en ciertas zonas. (Gráfico N°6)



Fuente: Base de datos de resultados. Áreas de Salud. 2016

7.3 Comparar los componentes de la calidad de la atención con los resultados de la evaluación de la atención médica de las Áreas de Salud adscritas a la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur.

Tal como se presentó en los resultados, al darles un valor a cada respuesta y realizar la regresión lineal entre la nota de supervisión con los criterios de calidad, se observa que no hay una relación directa entre las variables dependiente (Nota de Supervisión Médica) e independiente (Componentes de Calidad).

Valorando los componentes por separado técnicos, interpersonales y de confort, se identifican datos importantes:

Al realizar la regresión lineal solamente con las respuestas relacionadas con **componentes técnicos** no se observa ninguna tendencia entre las variables dependientes (supervisión) y las variables independientes (componente técnico). Con los **componentes Técnicos** 5 de las 7 preguntas relacionadas presentaron poco o ninguna variabilidad, ya que en el 94% de las Áreas de Salud, los médicos asignados a la consulta externa de EBAIS contaron con consultorio médico propio, el cual no debía ser compartido para otras actividades ni para otras disciplinas, además, el 97% de las Áreas de Salud contaron con un electrocardiógrafo propio, para la realización de las pruebas de atención integral de los EBAIS, un equipo de diagnóstico para la consulta integral de los EBAIS y contaron con una camilla exploratoria idónea para todas las actividades de la consulta externa del EBAIS; además, el 100% de las Áreas de Salud realizaron educación médica continua en aspectos científicos prácticos (actualización en enfermedades, tratamientos, medicamentos, abordajes, etc.) durante el 2016.

De las otras 2 preguntas de **componentes técnicos** el 75% (n=24) de las Áreas de Salud contaban con un laboratorio clínico propio y solo 19% (n=6) de

las Área de Salud contaron con servicio de rayos X propio. De las Áreas de Salud que contaban con laboratorio clínico 4 obtuvieron notas regulares (nota: 70 a 79) y 2 malas (nota: menos de 70), por tanto, no se relaciona con las notas de supervisión (cumplimiento de criterios para la buena atención médica).

Los **componentes interpersonales** analizados en la regresión lineal tampoco presentan una tendencia relacionada entre las variables dependiente (supervisión) e independiente (componentes interpersonales).

Las capacitaciones para el personal sobre derechos y deberes de los usuarios externos la recibieron el 65,62% (n=21) de las Áreas de Salud y un 59,40% (n=19) recibieron capacitación sobre derechos y deberes de los usuarios internos.

Siempre sobre los componentes interpersonales, la presencia de especialistas de apoyo para los equipos de los EBAIS se contó con especialista, de medicina familiar y comunitaria en el 53,12% (n=17), pediatría en el 46,80% (n=15) de las áreas de salud, medicina interna en el 28,12% (n=9) y gineco-obstetricia el 15,60% (n=5) de los casos.

Los **componentes de confort** analizados en la regresión lineal tampoco presentan una tendencia relacionada entre las variables dependiente (supervisión) e independiente (componentes de confort). Todas las Áreas de Salud recibieron capacitación médica continua y más de la mitad tienen una relación laboral directa con la CCSS, características geográficas mixtas (rurales y urbanas), cuentan con EBAIS centralizados, tienen servicio de emergencias y con expediente electrónico y se les asigna 4 pacientes por hora.

En términos generales, los resultados de la regresión lineal no mostraron una aproximación de la relación de dependencia entre la variable dependiente (supervisión regional) con la variable independiente (encuesta de componentes

de calidad). Dado lo anterior, y con el fin de contar con más elementos de análisis, se realizó una ponderación de los puntajes de la supervisión médica regional y los obtenidos de los componentes de calidad en la encuesta. (Tabla N°8)

Tabla N°8. Áreas de Salud según Componentes de Calidad ponderado con la nota de supervisión. DRSSCS, 2016.

Área de Salud	Ponderada calidad/supervisión	Clasificación
Pavas	83,79	Buenos
San Sebastián	83,68	
Mata Redonda	83,48	
Desamparados 1	81,69	
Santa Ana	81,48	
San Francisco	77,65	Regular
Coronado	77,55	
Aserri	75,31	
Desamparados 2	74,89	
Zapote Catedral	74,10	
Mora	73,27	
Goicoechea1	73,24	
Montes de Oca	72,59	
Puriscal	72,37	
Hatillo	71,93	
Catedral Noreste	71,59	
La Unión	71,54	
Curridabat	71,28	
Escazú	70,70	
El Guarco	70,67	
Acosta	66,16	Malo
Oreamuno	64,27	
Alajuelita	63,86	
Goicoechea1	61,57	
Moravia	61,19	
Los Santos	61,18	
Cartago	61,08	
San Juan San Diego	60,86	
Corralillo	59,10	
Desamparados3	58,12	
Turrialba	57,41	
Paraíso	55,89	

Fuente: Base de datos de resultados. Áreas de Salud. 2016

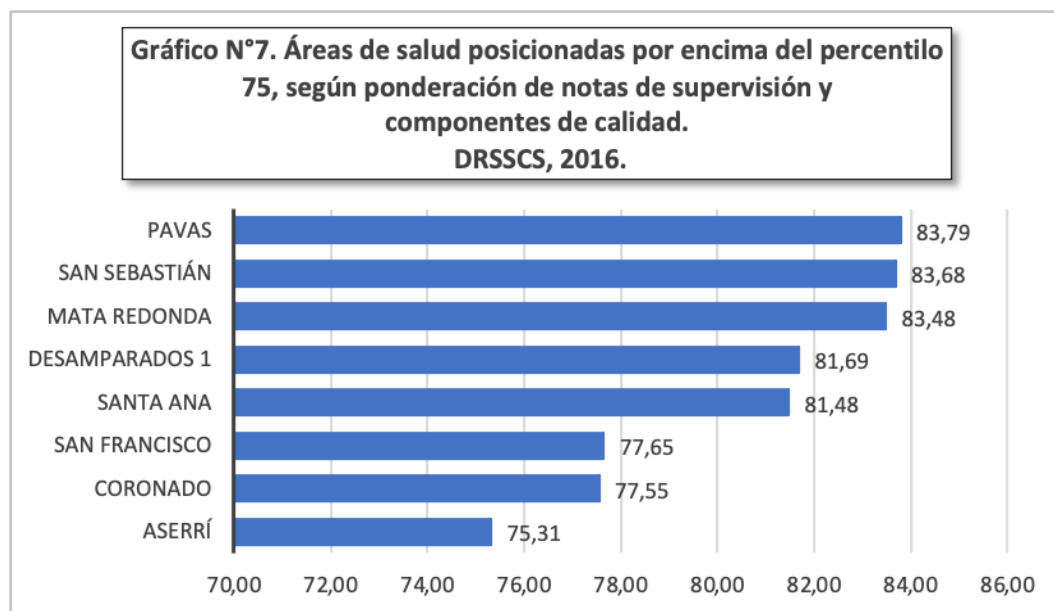
PERCENTIL 75	75,20
PERCENTIL 25	61,28

El 75% de las áreas de salud sacaron 74,89 o menos/el 25% obtuvieron más de 75,20

El 25% de las áreas de salud sacaron 61,19 o menos/el 75% obtuvieron más de 61,28

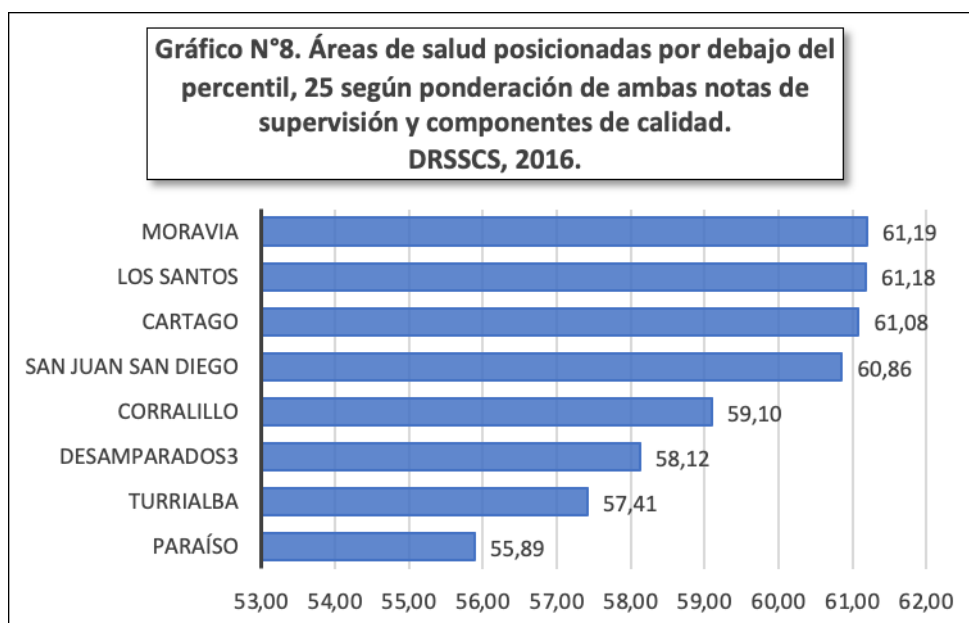
Al valorar el percentil 75 (75.20), se identifica que el Área de Salud de Aserri con una nota de 75,31 es la que supera dicho percentil junto con el resto de las áreas que presentaron notas por arriba del mismo. (Gráfico N°7).

Por abajo del percentil 25 (61,28), se ubica Moravia con 61,19, junto con otras 7 áreas con notas inferiores. (Gráfico N°8)



Fuente: Base de datos de resultados. Áreas de Salud. 2016

Por arriba del percentilo 75, aparecieron nuevas Áreas de Salud, como Aserri, Coronado, Desamparados 1 y Mata Redonda, la cuales, pertenecen todas directamente a la CCSS. (Gráfico N°8)



Fuente: Base de datos de resultados. Áreas de Salud. 2016

Se observan cambios importantes al realizar la ponderación de los puntajes de la Supervisión Médica Regional y los obtenidos de los Componentes de Calidad en la encuesta, al relacionarlos con la categorización de solo la nota de Supervisión Médica desaparece el rubro de “muy buenas”.

Con la ponderación, en el rubro de “buenos”, aparecen Áreas de Salud que no estaban al valorar solo la nota de la Supervisión Médica, como, San Sebastián, Mata Redonda y Desamparados 1, mientras que el Área de Salud de Pavas se mantiene en ese mismo rubro de “buenos”, pero el Área de Salud de Santa Ana baja de “muy buena” a “bueno”.

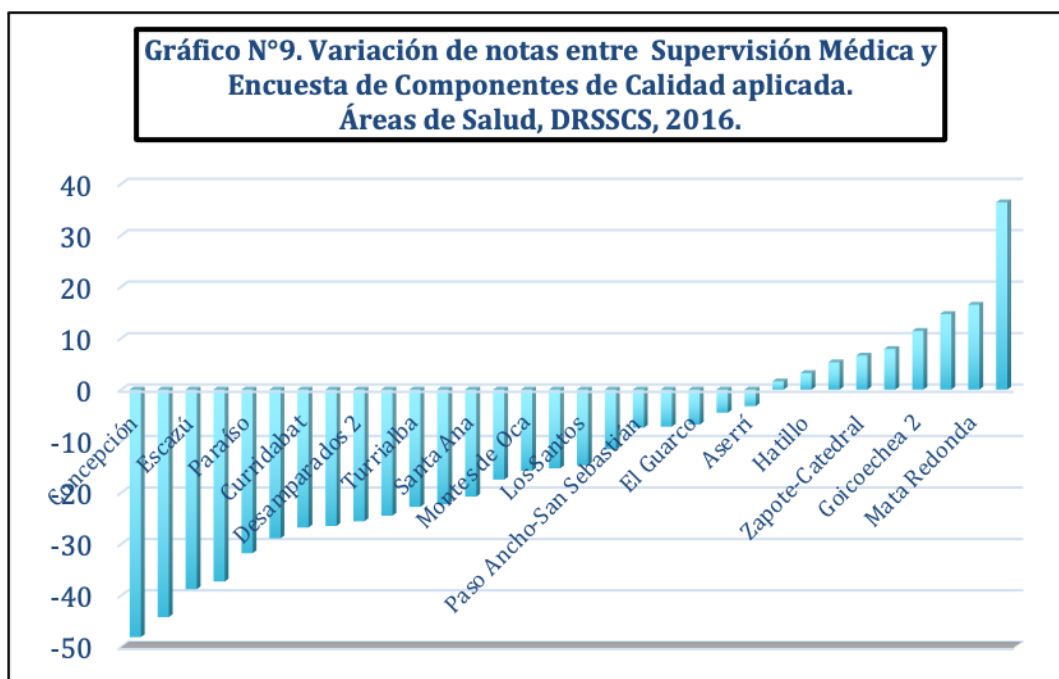
Al rubro de “regular” bajan desde el rubro de “muy buenos”, San Francisco y Escazú y del rubro de “buenos” Desamparados 2, Montes de Oca, La Unión, Curridabat y Goicoechea 1, además, suben a esta categoría Puriscal y Catedral Noreste que se encontraban en el rubro de Malos.

Al rubro de “malos”, bajan Acosta, Oreamuno, Alajuelita, Goicoechea 1, Cartago, Concepción-San Juan-San Diego, Desamparados 3 y Paraíso. Por tanto, son Áreas de Salud con pocos recursos en los componentes de calidad y en las notas de la Supervisión Regional.

7.4 Identificar variaciones entre las Áreas de Salud, según grupos tipificados y los casos especiales, en cada uno de ellos.

Se observa una variación importante del comportamiento de todas las Áreas de Salud al comparar las notas de la Supervisión Médica y de la encuesta de los Componentes de Calidad, identificándose diferencias de más de 30 puntos en los extremos, con mayor cantidad de Áreas de Salud en el extremo negativo de ausencia de componentes de calidad, y en el centro pocas variaciones de menos de 10 puntos.

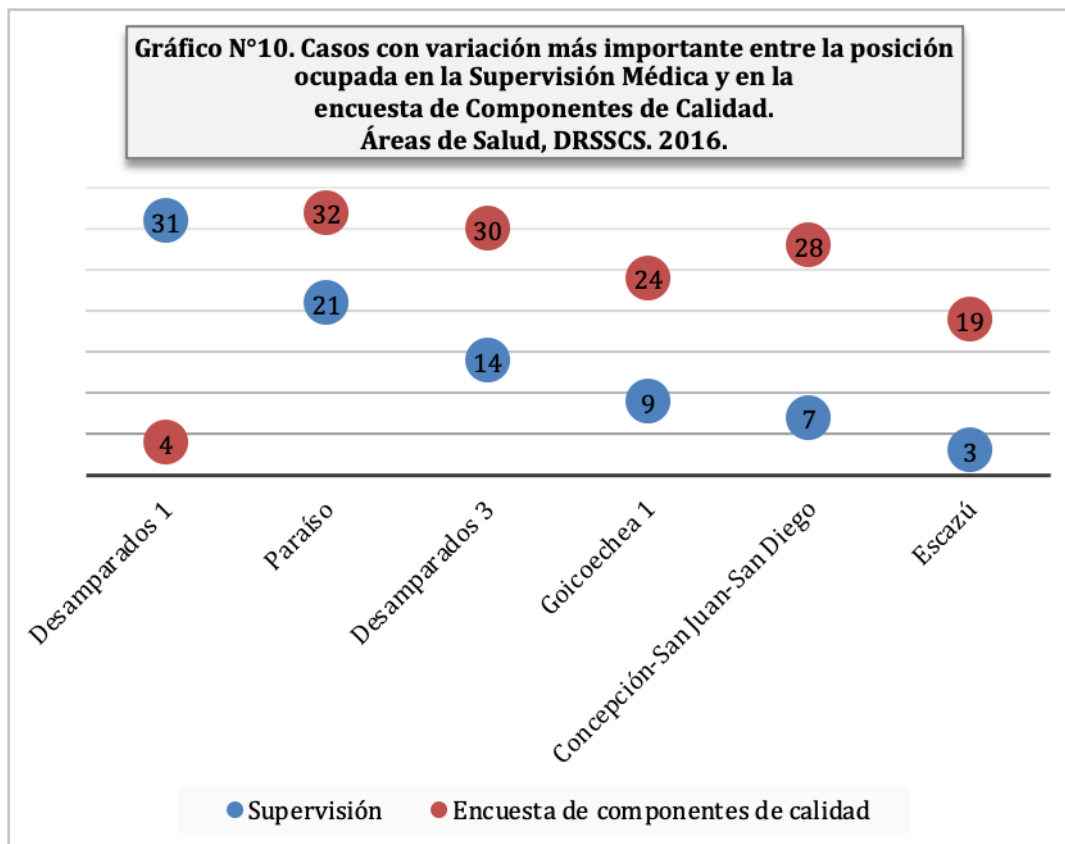
Las Áreas de Salud, de Paraíso-Cervantes, Desamparados 3, Escazú, Goicoechea 1 y Concepción-San Juan-San Diego presentaron una variación importante al estar posicionadas en el momento de la Supervisión Médica entre las primeras 10 mejores Áreas y al ser categorizada dentro de las últimas en el cumplimiento de los componentes de calidad. Mientras que Desamparados 1 presenta el comportamiento inverso ya que se posicionó dentro de las últimas en el momento de analizar su desempeño en la supervisión regional y contrasta que al tener mayor cumplimiento de componentes de la calidad su nota de evaluación de la supervisión no es de los mejores (Gráfico N°9)



Fuente: Base de datos de resultados. Áreas de Salud. 2016

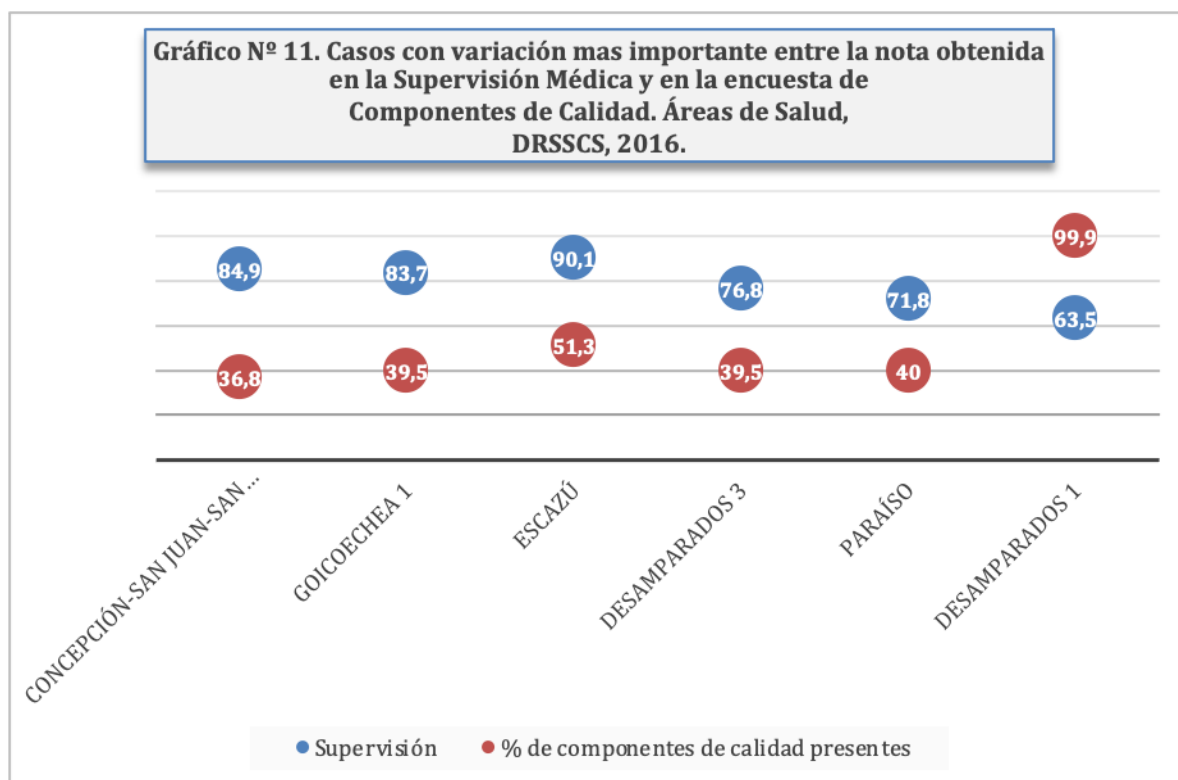
En el análisis de casos específicos, donde se extraen las AS con mayor variación, se logra identificar las que presentaron una variación importante al estar posicionada en el momento de la Supervisión Médica entre las primeras 10 mejores AS, a ser categorizadas dentro de las últimas en cuanto a cumplimiento de los Componentes de Calidad, así como, Áreas de Salud que se posicionan dentro de las últimas en el momento de analizar su desempeño en la Supervisión Médica y cambian su posición al mejorar en la encuesta de la presencia de los Componentes de Calidad. Como caso más notorio de esta última situación, se encuentra Desamparados 1, donde se posicionó en este análisis específico, como penúltima en la nota de la Supervisión Médica, pero da un salto al cuarto lugar en el cumplimiento de los Componentes de Calidad. Otro caso interesante de resaltar es el de Escazú, el cual a pesar de no contar con todos los Componentes de Calidad, demuestra una buena gestión de sus recursos al obtener un tercer puesto a la hora de la nota de la Supervisión Médica. En el medio de estos dos casos, se ubican de mayor a menor variación, Concepción-San Juan, Goicoechea 1, Desamparados 3 y Paraíso todos con mejores notas de la Supervisión médica con relación a los

Componentes de Calidad. (Gráfico N°10)



Fuente: Base de datos de resultados. Áreas de Salud. 2016

También, se puede observar en los casos con mayor variación, el comportamiento de las notas obtenidas en ambas actividades y las variaciones de las mismas, en que la mayoría de los casos analizados tienen diferencias importantes de la nota obtenida en la encuesta de los Componentes de Calidad las cuales son malas o regulares, con la de la Supervisión Médica que son notas buenas, especialmente en Áreas de Salud como Concepción-San Juan-San Diego, Goicoechea 1 y Escazú, mientras que el comportamiento contrario se observa en el Área de Salud Desamparados 1, ya que este caso tiene un muy buena nota en los Componentes de Calidad pero muy baja en la Supervisión Médica. (Gráfico N°11)



Fuente: Base de datos de resultados. Áreas de Salud. 2016

Finalmente, se analizaron las Áreas de Salud con menor variabilidad entre las notas, en la cual se incluyen 11, de las cuales, Mora Palmichal es la que tiene menor variabilidad, seguido de Hatillo, Aserri, Moravia, Coronado, Zapote-Catedral, El Guarco, Paso Ancho-San Sebastián, Pavas, Paso Ancho-San Sebastián y Goicoechea 2. Con estos casos se realiza un análisis de dispersión, en el cual sí se observa un comportamiento de variables dependientes con respecto a la independiente. (Tabla N°9 y Gráfico N°12)

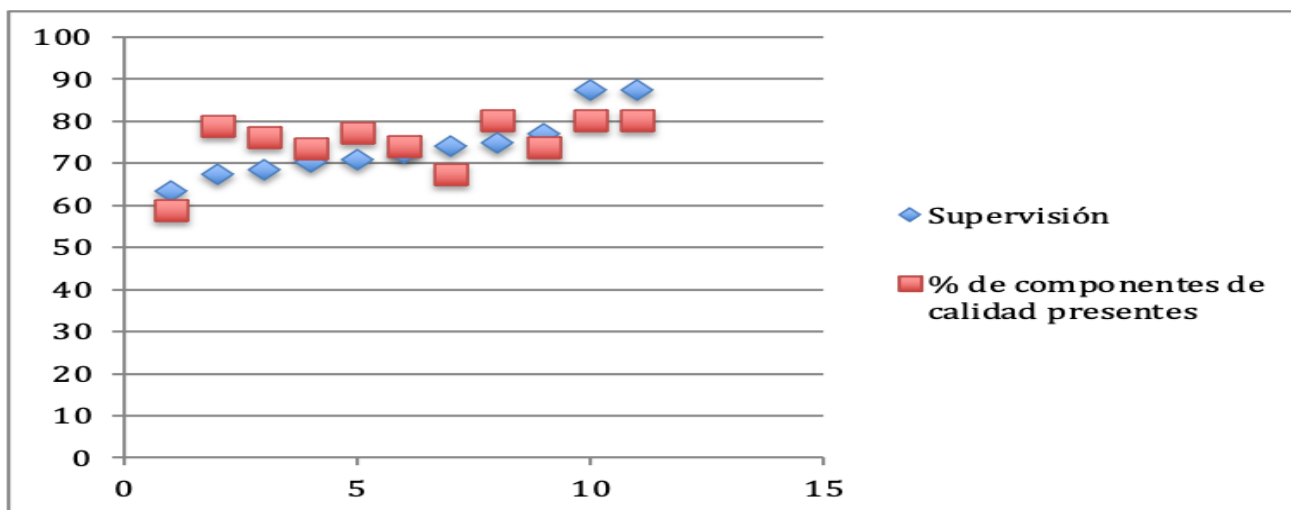
Tabla N°9: Áreas de Salud con poca variabilidad entre las notas.

DRSSCS, 2016.

Área de Salud	Supervisión Médica	Componentes de Calidad	Diferencia
Mora-Palmichal	72,5	74,1	1,6
Hatillo	70,3	73,5	3,2
Aserri	76,9	73,7	3,2
Moravia	63,4	58,9	4,5
Coronado	74,9	80,2	5,3
Zapote-Catedral	70,8	77,4	6,6
El Guarco	74,1	67,3	6,8
Paso Ancho-San Sebastián	87,4	80,2	7,2
Pavas	87,4	80,2	7,2
Puriscal-Turrubares	68,4	76,3	7,9
Goicoechea 2	67,5	78,9	11,4

Fuente: Base de datos de resultados. Áreas de Salud. 2016

Gráfico N°12. Comportamiento de las notas de Supervisión Médica con los Componentes de Calidad. Áreas de Salud, DRSSCS, 2016.



Fuente: Base de datos de resultados. Áreas de Salud. 2016

7.5 Describir la percepción de las autoridades (actor clave) de las Áreas de Salud que se catalogan como casos especiales, sobre los componentes de calidad en el instrumento de supervisión.

Los casos especiales correspondieron a los que presentaron la mayor variación entre las notas de la supervisión y los componentes de calidad, identificándose: Desamparados 1, Paraíso, Desamparados 3, Escazú, Goicoechea 1 y Concepción-San Juan- San Diego. De los cuales se logró realizar entrevistas a 4 de las 6 áreas, excluyéndose Paraíso por no respuesta de la dirección médica a la entrevista y Concepción-San Juan- San Diego debido a problemas con la identificación de las autoridades a cargo de esta área en el período evaluado.

En el caso de la inclusión del director Regional en las entrevistas, se debió al hecho de que fue el líder en la implementación de la herramienta de evaluación aplicada en el año 2016, considerando también, la visión general con que contaba de las áreas de salud supervisadas.

7.5.1 Conocimiento del instrumento de supervisión.

Los 5 entrevistados mencionaron que sí conocen el instrumento que utilizó la DRSSCS para valorar la calidad de la atención médica en el 2016, dos de los casos (el doctor. Villalobos de la DRSSCS y el doctor Carballo de Goicoechea 1), mencionan que fueron parte del proceso de construcción del instrumento.

7.5.2 Opinión sobre el instrumento de supervisión.

Al profundizar en el instrumento, en la entrevista se preguntó si consideran que dicho instrumento valora la calidad de la atención médica, a lo cual refieren lo siguiente: Los dos compañeros que estuvieron en el proceso de construcción mencionan que *“es una herramienta que sirve para valorar el cumplimiento de*

las normas y guías institucionales en la atención médica” (Villalobos Castañeda & Carballo Ortiz, 2019).

Por otra parte, se menciona que “...la muestra es pequeña y mide más que todo la aplicación de normas institucionales”. (Robles Flaque, 2019), “Yo siento que no me da una idea real de si el personal médico está brindando un producto de calidad y ha servido más para traer al médico y al equipo en forma personal y analizar expedientes, por ejemplo, en diabetes ahora se esta capacitando al personal en este tema, y darles herramientas de manejo de esas patologías” (Peralta Miranda, 2019) y “Es un instrumento muy cuantitativo, no media una calidad de la atención, más que producción” (Madrigal López, 2019).

7.5.3 Pertinencia de la inclusión de otros aspectos en el instrumento de supervisión.

La siguiente interrogante fue si consideran importantes que en la evaluación de la calidad de la atención se incluyan aspectos como: comodidad del personal médico, accesibilidad de tecnología, capacitaciones realizadas, para lo cual los entrevistados consideran que: “Eso se debería medir en otro instrumento porque son condiciones que la institución debe brindar en cualquier parte del territorio nacional y deberían ser parte del control interno” (Villalobos Castañeda, Calidad de la atención, 2019). Además, “la metodología empleada está hecha para valorar el resultado, no la gestión para lograrlo debería incluirse en otro proceso aparte” (Carballo Ortiz, 2019).

Otras opiniones: “dejan de lado aspectos de calidez de la atención y la satisfacción con que se marche el paciente y sí debería incluirse en esta misma evaluación ya que la tecnología podría darle más resolutiveidad a la atención, dándole apoyo al trabajador lo cual se puede transmitir en la atención que le brinda al paciente”. (Robles Flaque, 2019), “cuando se toman en cuenta aspectos como un buen escritorio, una camilla adecuada eso estimula la buena

gestión y sí debería incluirse en la evaluación lo cual permitiría mejorar en la gestión” (Peralta Miranda, 2019).

Entre los aspectos que deberían incluirse en la evaluación de la calidad de la atención, se mencionan: *“La percepción del usuario con un tipo de encuesta de salida después de la atención” (Villalobos Castañeda, Calidad de la atención, 2019).*

“Variables para evaluar la calidad de la información, que los diagnósticos sean los reales”. (Carballo Ortiz, 2019).

“Mediciones de la evaluación de las fichas de compromisos de gestión y satisfacción del usuario”. (Robles Flaque, 2019).

“Percepción del paciente, tecnología y conocimiento científico de parte del personal”. (Madriral López, 2019).

7.5.4 Presencia de componentes de calidad en el instrumento de supervisión.

Sobre la pregunta de ¿si consideran que se deben tomar en cuenta los componentes de comodidad del personal médico, accesibilidad de tecnología y capacitaciones en la evaluación de la calidad de la atención médica?, las respuestas son diferentes: *“De alguna manera puede influir, pero es mucho de la gestión de cada una de las Áreas, además que en cuanto a percepción, por ejemplo en la educación sanitaria, el concepto que se maneja en la población es que yo como usuario voy al área a que le devuelvan mi salud, y no se dan cuenta que a veces es cada individuo no se cuida y es el él que falla y va a llegar descontento al área además de predispuesto, el usuario va por la pastilla para que me quiten el dolor pero la pastilla al final no arregla la causa del dolor,*

otro ejemplo es la hipertensión arterial donde el paciente no se cuida". (Villalobos Castañeda, Calidad de la atención, 2019).

"Probablemente sí, más si la información no ha sido registrada adecuadamente, la calidad de la atención al final podría influir en el estado de salud de un paciente" (Carballo Ortiz, 2019).

"Pienso que se hubieran mantenido los resultados pues aspectos como tecnología se tienen, las capacitaciones institucionales además de las internas se gestionan constantemente" (Robles Flaque, 2019).

"Sí claro porque me da idea de qué mejorar" (Peralta Miranda, 2019).

"Sí claro, porque se estarían tomando otros factores relacionados con la calidad" (Madrigal López, 2019).

7.5.5 Limitaciones percibidas para el cumplimiento de la calidad de la atención.

Limitaciones percibidas que enfrentan como actores importantes para que las Áreas puedan llegar a cumplir con calidad la atención: *"La brecha de recurso humano, el sistema de consulta, la mala educación sanitaria que maneja la población y el manejo de influencias, el acceso a servicios "por puro amiguismo" lo cual debilita el sistema y no es medible". (Villalobos Castañeda, Calidad de la atención, 2019).*

"Recurso humano con falta de formación, experiencia y de interés por conocer y aplicar las normas establecidas, rotación de personal mucho más en las zonas urbanas causando en ocasiones que los pacientes sean atendidos por un médico diferente en cada una de las consultas, incidiendo en el apego del paciente para con el médico". (Carballo Ortiz, 2019).

“Capacitación al personal, refrescamiento de temas en cuanto a la atención, el coordinador de consulta requiriere mucho tiempo en evaluaciones internas y en la inducción del nuevo personal y ser un contrato de tercero, se manejan algunas desventajas en cuanto a la capacitación, el tener un contrato se tiene un norte, pero a veces la implementación de nuevas cosas no es tan expedito, un ejemplo es APER que por un tema contractual no se ha podido habilitar y el manejo de personal al ser relación de empresa privada en algunas situaciones es mas expedito la gestión para la resolución de situaciones” (Robles Flaque, 2019).

“La demanda que no es igual que la oferta, falta más accesibilidad de la población, falta de capacitación del personal, el no involucramiento de actores sociales, falta darle más importancia al nivel de atención, falta mejorar la resolución, mejorar educación, además, la policonsulta es un reflejo que hace falta un mejor manejo de las patologías que presente el usuario, además la falta de mejorar resectorización de la población y la falta de mejorar la comunicación interniveles”. (Peralta Miranda, 2019).

“El sacar la información en el 2016 eran más difíciles de obtener, el personal médico no era capacitado en los puntos que luego se evaluaban y los monitoreos eran más complicados porque eran expedientes físicos, el control de la calidad de la atención era más complejos y si un médico cumplía o no era indiferente pues las medidas disciplinarias al ser un empleado publico eran muy difíciles de aplicar”. (Madrigal López, 2019).

7.5.6 Consideraciones generales con respecto a la heterogeneidad de los resultados de la supervisión.

Factores que influyen en que exista cierta heterogeneidad de los resultados presentados dentro de todas las unidades: *“Del personal: actitud, preparación, no rotan a su personal tan frecuentemente, falta de personal identificado por*

sector. (Villalobos Castañeda, Calidad de la atención, 2019) (Carballo Ortiz, 2019), *“la demanda y oferta, motivación del personal, formación del personal con un pensamiento muy hospitalario, no se trabaja en equipo”* (Peralta Miranda, 2019).

“Si el director médico está interesado en dar números de calidad o si no le interesa, interés del director médico por gestionar sus estrategias para mejorar (Villalobos Castañeda, Calidad de la atención, 2019), - *“la gestión de los coordinadores y de directores deben ser cercanamente, además, de ver in situ el accionar del profesional, la responsabilidad de nosotros es de velar que el personal tenga las condiciones con las que están trabajando”* (Peralta Miranda, 2019).

“En una cooperativa están concentrados en brindar solo eso y las situaciones paralelas que en ocasiones se presentan en el día a día, al mediar un contrato es más fácil” (Villalobos Castañeda, Calidad de la atención, 2019). (Carballo Ortiz, 2019).

“Normalmente las áreas de salud que logran mejor cumplimiento son las que cuentan con un solo nivel de atención, áreas que ya tienen su sectorización y que no rotan a su personal tan frecuentemente, o sea que ya tiene a su personal identificado por sector. Además, el interés del director médico por gestionar sus estrategias por mejorar” (Carballo Ortiz, 2019). No tiene que ver con el Área en si. (Peralta Miranda, 2019)

“La reforma de salud creo que fue muy política pero no se preparó al profesional para este tipo de actividad”. (Peralta Miranda, 2019), “el compromiso político de la Caja es cumplir con el banco mundial y eso es pura producción, y se deja de lado otros aspectos primordiales de la actividad de la consulta en atención primaria, en la cual hasta la continuidad de la atención médica no es medida ni

otros aspectos relevantes como en el escenario escolar". (Madrigal López, 2019).

8. Conclusiones

El primer nivel de atención de la DRSSCS está compuesto por 32 Áreas de Salud, con características muy diferentes entre ellas, algunas más complejas que otras, ya que en algunas AS las Direcciones Médicas respectivas tienen la responsabilidad también de gestionar los procesos de atención del segundo nivel de atención e inclusive algunas cuentan con Centros de Atención Integral de Salud (CAIS), además, hay diferencias geográficas y de pertenencia directa a la CCSS o contratos de terceros.

Según los objetivos planteados en este estudio se identifican las siguientes conclusiones:

8.1 Tipificar las Áreas de Salud según los resultados de la Supervisión de Calidad de la Atención Médica.

El presente estudio identificó que la Supervisión de Calidad de la Atención Médica que realiza la DRSSCS, la cual se ejecuta a través del chequeo de la presencia o ausencia en el expediente clínico de una serie de indicadores, tiene una baja adherencia por parte de los médicos a dichos indicadores, ya que más de la mitad de las Áreas cuentan con un rango de regulares o ineficientes en las notas de la Supervisión.

Todas las Áreas por arriba del percentil 75, en las notas de la Supervisión de Calidad de la Atención Médica, fueron unidades administradas concesionadas por medio de contratos a terceros. Por otra parte, todas las Áreas de Salud que están por debajo del percentil 25 son administradas directamente por la CCSS. Estos hallazgos podrían estar evidenciando debilidades en la gestión local de la institución.

Todas las Áreas de Salud por arriba del percentil 75, pertenecen al Gran Área Metropolitana, lo cual caracteriza nuevamente al grupo de contratos por terceros que cuentan con mejores oportunidades de accesibilidad para llegar hasta las poblaciones adscritas (ejemplos: atención integral a la embarazada aunado a la concentración de citas y captación del niño con anemia aunado con el conseguir para el tratamiento respectivo).

8.2 Determinar el porcentaje de los Componentes de la Calidad de la Atención, que están presentes en las Áreas de Salud adscritas a la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur.

Del total de Áreas de Salud, prácticamente solo una quinta parte tuvieron un cumplimiento muy bueno o bueno al contabilizar los Componentes de Calidad, por lo que también es un aspecto para considerar, contrastando, que más de la mitad presentaron un cumplimiento deficiente de los mismos.

Del total de Áreas de Salud, ubicadas por encima del percentil 75 en los “Componentes de Calidad de Atención”, solamente una cuarta parte pertenecen a Contratos por Terceros. Y más de la mitad de los casos que se ubican debajo del percentil 25 pertenecen directamente a la CCSS, por tanto, no se puede concluir que hay una relación directa entre contar con la totalidad de los componentes de Calidad y pertenecer directamente a la CCSS.

Las Áreas de Salud de Desamparados 1 y Mata Redonda se ubican en los dos primeros puestos en cuanto a Componentes de Calidad, ambas son AS que cuentan con servicios de urgencias, además, presentan una infraestructura muy aceptable y los componentes de confort son muy fuertes, se encuentran localizadas en zonas metropolitanas, muy pobladas, siendo en el caso de Desamparados 1, una unidad que se encuentra dentro de uno de los cantones más poblados del país, además con un inmueble de reciente construcción y reforzamiento de algunas de sus servicios como urgencias y especialidades

médicas. Además, con vías de acceso muy adecuadas. En el otro caso de Catedral Noreste, aunque no tiene lo mencionado en la particularidad de Desamparados 1, sí cuenta con vías de acceso adecuadas, apoyo de especialistas y de un servicio de urgencias que descongestiona la gestión de la atención integral de casos de urgencia. Una situación similar en cuanto a localización y servicios de apoyo se puede mencionar para Mata Redonda.

De las 8 AS que se ubican por debajo del percentil 25, San Juan-San Diego- y Escazú, son administradas por terceros, las cuales pueden estar limitadas en cuanto a infraestructura, tecnología y accesibilidad de la población (confort) por las limitantes contractuales que puedan tener en la gestión de recursos para mejoría del confort de la atención. Otras Áreas como Desamparados 3 y Goicoechea 1 que están también por debajo de este percentil podrían explicarse por el hecho de tener poblaciones urbano-marginales (Los Guido de Desamparados y Los Cuadros de Guadalupe respectivamente), lo cual le baja valor en el componente de confort (accesibilidad a los servicios tanto de usuario interno como externo, seguridad del entorno), lo anterior, teniendo en consideración que equipos de salud que desarrollan trabajo en estas zonas pueden manejar dificultades como la seguridad personal para el ingreso a estas zonas y el seguimiento de medidas de prevención y promoción (control de vacunas, seguimiento de citas perdidas y de tomas de laboratorio). Además, el acceso a la tecnología en estas dos Áreas se ve limitada por la inexistencia de Rayos X y laboratorios propios, así como, no contar con servicios de emergencias en las unidades, situación que también presentan el resto de las unidades ubicadas en este percentil.

8.3 Comparar los componentes de la calidad de la atención con los resultados de la evaluación de la atención médica de las Áreas de Salud adscritas a la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur.

Al utilizar la regresión lineal, no se presentó ninguna relación directa entre las notas obtenidas de la Supervisión Médica (variable respuesta dependiente) con los Componentes de Calidad (variable explicativa independiente) de las Áreas de Salud. De igual manera, al utilizar los componentes técnicos, interpersonales y de confort por separado y realizar la regresión lineal con las notas de la Supervisión Médica, no se encontró relación de dependencia con alguno de estos componentes.

Hay Áreas de Salud que cuentan con muchos de los Componentes de Calidad y presentaron notas muy bajas de Supervisión Médica, siendo evidente que los Componentes de la Calidad no es un rubro de la Supervisión Médica, y que es un valor agregado de muchas Áreas de Salud, que realizan esfuerzos, tanto, monetarios como de recurso humano con personal más capacitado y que valdría la pena analizar la inclusión de los componentes de calidad como parte de dicha supervisión regional.

Se observó que de los **componentes técnicos**, casi en la totalidad de las Áreas de Salud contaban con aspectos como: consultorio médico, electrocardiógrafo propio, equipo de diagnóstico para la consulta integral de los EBAIS y camilla exploratoria idónea para todas las actividades de la consulta externa del EBAIS; además, el 100% de las Áreas de Salud realizaron educación médica continua en aspectos científicos prácticos (actualización en enfermedades, tratamientos, medicamentos, abordajes, entre otros), por tanto, los componentes de calidad relacionados con recursos técnicos disponibles en los consultorios de las Áreas de Salud, presentaron una constante positiva y de rutina para la atención médica.

Con los **componentes interpersonales** no todas las Áreas de Salud reciben capacitación sobre derechos y deberes de usuarios externos e internos, lo cual está inmerso en una gestión de calidad. Prácticamente la mitad de las Áreas de Salud contaban con especialista en medicina familiar y comunitaria y pediatría, mientras que las especialidades de ginecología y medicina interna se encontraban en menos de la tercera parte.

En los **componentes de confort** es interesante que todas las Áreas de Salud recibieron capacitación médica continua y más de la mitad tienen una relación laboral directa con la CCSS, características geográficas mixtas, EBAIS centralizados, Servicio de Emergencias, expediente electrónico y atienden 4 pacientes por hora.

Al realizar la ponderación la variación en la categorización de las notas sufre cambios significativos, presentándose áreas que se posicionan mejor y otras en posiciones más bajas, lo cual implica, que existen áreas de salud con mejores condiciones en los aspectos de calidad y otras que continúan en condiciones que inclusive habría que valorar si son óptimas para la atención de la salud.

8.4 Identificar variaciones entre las Áreas de Salud, según grupos tipificados y los casos especiales, en cada uno de ellos.

Las Áreas de Salud, ubicadas en el extremo de mejor notas en los Componentes de Calidad con relación a la Supervisión Médica (Hatillo, Coronado, Zapote Catedral, Puriscal–Turrubares, Goicoechea 2, Catedral Noreste, Mata Redonda y Desamparados 1), comparten características geográficas, con excepción de Puriscal-Turrubares, de infraestructura y de nivel resolutivo, ya que corresponden a Áreas de Salud caracterizadas como Segundos Niveles en la Red de Atención, de éstas.

El Área de Salud Desamparados 1, es el caso que más llama la atención, al contar con la mayor variación, la caracteriza el hecho de que es un Centro de Atención Integral en Salud (CAIS), que aparte de contar con un primer nivel de atención, también tiene segundo nivel de atención con especialidades médicas, maternidad y salas de operaciones, lo que definitivamente implica mayor complejidad de la gestión global del Centro de Salud como un todo. Por ello, se podría valorar si se está desviando la atención de actividades de control y desempeño del primer nivel a otras áreas más complejas de un segundo Nivel.

En el otro extremo de variación donde se observaron notas de la Supervisión Médica altas con pocos componentes de calidad, predominan Áreas de Salud (Concepción San Juan San Diego, Goicoechea 1, Escazú, Desamparados 3 y Paraíso), donde la actividad sustantiva gira alrededor de la atención primaria, de forma casi exclusiva.

Se determinaron 6 casos con una variación de más de 30 puntos, entre la Supervisión Médica y los Componentes de Calidad, como caso más notorio de esta última situación se encuentra Desamparados 1, donde se posicionó como penúltima en el cumplimiento de la Supervisión Médica, pero da un salto al cuarto lugar en el aspecto de Componentes de Calidad. Los otros 5 casos (Paraíso, Desamparados 3, Goicoechea 1, Concepción-San Juan-San Diego y Escazú) se caracterizan por cubrir zonas urbano-marginales y ser primer nivel puro.

Otro caso interesante y de resaltar es el de Área de Salud de Escazú, el cual, a pesar de no contar con todos los componentes de calidad, demuestra una buena gestión de sus recursos al obtener un tercer puesto a la hora de la evaluación por parte de la Dirección Regional.

8.5 Conocer la percepción de las autoridades (actor clave) de las Áreas de Salud que se catalogan como casos especiales, sobre los componentes de calidad en el instrumento de supervisión.

Después de las entrevistas realizadas a los actores claves se evidencia que la actual supervisión en calidad es primordial para poder garantizar la misma a la totalidad de los usuarios, pero que la aplicada actualmente por DRSSCS no es lo suficientemente robusta para abarcar la totalidad de las aristas que necesita la unidad para su mejora continua, ya que mide principalmente normas institucionales, desde todo punto de vista cuantitativo (producción), definitivamente no consideran aspectos de percepción del funcionario ni del usuario.

Además de las limitaciones en elementos tecnológicos, hay un aspecto relevante a tomar en cuenta, identificado como la responsabilidad de la población de su propia salud, que igual debe asumirse como parte de la educación que se le debe brindar al usuario, para que el proceso dinámico de la salud-enfermedad sea compartido, por lo que las capacitaciones deben ir dirigidas tanto al funcionario como al usuario.

Hay actores que consideran que hay factores que influyen en que exista cierta heterogeneidad de los resultados presentados, como son actitud, preparación, falta de personal identificado por sector, la demanda y oferta, motivación del personal, formación del personal con un pensamiento muy hospitalario, no se trabaja en equipo, a pesar de que existen estándares de calidad institucionales, por lo que, aunque no se están tomando en cuenta estos aspectos, los actores claves sí consideran que son influyentes en el resultado de la evaluación actual, por ende se deberían considerar para un resultado positivo, no solo en la nota final, sino, en el abordaje integral de las personas.

Tomando en cuenta que hay limitaciones en los servicios de salud, así como, determinantes de la salud propias de las poblaciones e inclusive de los mismos funcionarios y que solo bajo el análisis de los elementos de la calidad de la

atención se podrían visualizar y abordar, no se puede centrar la evaluación de la calidad de la atención médica exclusivamente en aspectos rígidos de la consulta, identificándose, por tanto, que la gestión y la calidad son conceptos estrechamente ligados entre sí, y que los dirigentes deben gestionar la calidad, preguntarse qué está debilitando el proceso y generar planes para solucionarlos.

9. Recomendaciones

9.1 A la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur.

1. Reforzar los aspectos fundamentales y básicos que evalúa la DRSSCS, basados en la norma de Atención Integral de Salud, para cada grupo poblacional o patología en estudio, al concluirse que más de la mitad de las Áreas cuentan con un rango de regulares o ineficientes en las notas de la Supervisión.
2. Incluir en la herramienta de calidad no solo las normas de atención que dicta el Ministerio de Salud, si no tomar en cuenta los determinantes de salud de las poblaciones y, por tanto, valorar los componentes de la calidad de la atención.
3. Habilitar en las supervisiones que se les realiza a las Áreas de Salud, un rubro específico de “componentes de calidad”, donde se midan aspectos fundamentales como, garantizar acceso expedito del primer nivel de atención a las especialidades médicas básicas y contar con aspectos técnicos básicos como laboratorio, rayos X y EKG.

9.2 A Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social.

1. Analizar cuáles son las medidas de control que se desarrollan en unidades propias de la institución versus de las unidades administradas por terceros.
2. Valorar en el grupo de Áreas con poca variabilidad y por ende con relación dependiente de variables, si la gestión realizada está sujeta o no a la mejora de los tres componentes de calidad y tomar decisiones al respecto.
3. Evaluar la aplicación de herramientas donde la supervisión de la calidad de la atención médica, no se desarrolle exclusivamente en aspectos rígidos de la consulta, ya que la gestión y la calidad son conceptos estrechamente ligados entre sí, por tanto, los dirigentes deben gestionar la calidad,

preguntarse qué está debilitando el proceso y generar planes para solucionarlos.

10. Referencias bibliográficas

Abarca Rodríguez, A., Alpizar Rodríguez, F., Sibaja Quesada, G. y Rojas Benavides, C. (2013). Técnicas cualitativas de investigación. Costa Rica: Editorial UCR.

Buenos Cavanillas, M., García Martín, M., Olmedo Requena, R., y Jiménez Moleón, J.J. (2015). Gestión de la calidad asistencial. Seguridad clínica del paciente. Evaluación de la calidad. En Fernández Crehuet Navajas, J. (Ed. 12). Medicina preventiva y Salud Pública. (pp. 1081-1091). España: ELSEVIER.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2012). Plan de Mediano Plazo 2012-2016. Líneas Estratégicas. Dirección Regional Servicios Salud Central Sur.

Carballo Ortiz, F. (9 de octubre de 2019). Instrumento de Calidad. (A. Hidalgo Coronado, Entrevistador).

Dirección de Actuarial de la Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Caja Costarricense de Seguro Social. Obtenido de http://www.ccss.sa.cr/est_actuarial.

Dixon, A. y Khachatrya, A. (2010). A review of the public health impact of the Quality and Outcomes Framewor. Quality in Primary Care. 18. 133–138. Recuperado de <http://primarycare.imedpub.com/a-review-of-the-public-health-impact-of-the-quality-and-outcomes-framewor.php?aid=898>.

Donabedian, A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública de México. 32 (2). Pag nohay. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/rt/prINTERfriendly/5280/5425>.

DrCs. Pastor Castell-FloritSerrateRev Cubana Salud Pública vol.43 no.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2017.

Frigola-Capell, E., et al (2015). Quality indicators for patient safety in primary care. A review and Delphi-survey by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. European Journal of General Practice, 21(1): 31–34.

Recuperado de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4828619/pdf/igen-21-031.pdf>.

Gómez, et al. (2016). Consideraciones técnico-pedagógicas en la construcción de listas de encuesta, escalas de calificación y matrices de valoración para la evaluación de los aprendizajes en la Universidad Estatal a Distancia. Costa Rica. UNED. Recuperado de:

<https://www.uned.ac.cr/dpmd/pal/images/documentos/Profesores/consideraciones-tec-pedag-inst-evaluacion.pdf>.

Jiménez Sandra. Prioridades de investigación en gerencia de la salud Revista Costarricense de Salud Pública. Vol 6 Numero 10 San José 1997.

Madrigal Lopez, M. (30 de Diciembre de 2019). Instrumento de calidad. (A. Hidalgo Coronado, Entrevistador).

Net, A. y Suñol, R. (---1980). La calidad de la atención. Ponències i Jornades: Rosa Suñol i Àlvar Net. Tomado de http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf.

O'Beirne et al. (2013). The Status at accreditation in primary care. Quality in Primary Care. 2. 23–31. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/7ebd/77b1f57fba733af2c9fed31b0b71ffef9b9d.pdf>.

Peralta Miranda, C. (28 de Noviembre de 2019). Instrumento de Calidad. (A. Hidalgo Coronado, Entrevistador).

Rodríguez Herrera, A. y Bustelo, C. (2008). La compra estratégica de servicios de salud en Costa Rica. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/242196148_La_compra_de_servicios_de_salud_en_Costa_Rica/download

Robles Flaque, E. (18 de octubre de 2019). Instrumento de Calidad. (A. Hidalgo Coronado, Entrevistador).

Rodríguez Díez, M. C., Toledo Atucha, E.A. Y Seguí Gómez, M. (2013). Gestión de Calidad. Eventos adversos. En Martínez González, M.Á. (1ª Edición), *Conceptos de salud pública y estrategias preventiva*. (407-411). España: Elsevier.

Rodríguez Herrera, A. y Bustero, C. (2008). Costa Rica: modelos alternativos de primer nivel de atención en salud. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5178/S0800396_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Steel, N. y Willems, S. (2010). Research learning from UK quality and outcomes framework: a review of existing research. *Quality in Primary Care*. 18. 117-125. Recuperado de <http://primarycare.imedpub.com/research-learning-from-the-uk-quality-and-outcomes-framework-a-review-of-existing-research.pdf>

Spitzer, A.R y Ellsbury, D. L. (Marzo, 2010). Quality Improvement in Neonatal and Perinatal Medicine. *Clinics in Perinatology*, 37 (1), 1-23. Recuperado de: <https://www.elsevier.com/about/press-releases/research-and-journals/quality->

[improvement-in-neonatal-and-perinatal-medicine-covered-in-the-march-2010-issue-of-clinics-in-perinatology#](#).

Vargas González, W. (2006). Atención primaria de salud en acción, su Contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf>.

Villalobos Castañeda, A., & Carballo Ortiz, F. (9 de Octubre de 2019). Instrumento de Calidad. (A. Hidalgo Coronado, Entrevistador).

Villalobos Castañeda, A. (9 de octubre de 2019). Calidad de la atención. (A. Hidalgo Coronado, Entrevistador).

11. Anexos

Anexo N°1: Entrevista

NÚMERO DE ENTREVISTA: ÁREA	ENTREVISTADO	1	2	3	4
		Conoce usted el instrumento que utilizó la DRSSCS para valorar la calidad de la atención médica en el 2016	¿Qué opina sobre el instrumento que utiliza la DRSSCS para valorar la calidad de la atención médica?	¿Considera pertinente que se incluyan aspectos como comodidad del personal médico, accesibilidad de tecnología, capacitaciones realizadas que influyan calidad de la atención en la evaluación de la DRSSCS?	¿Considera pertinente que se utilice estos componentes también como parte del instrumento de evaluación?
1: DRSSCS	Dr. Armando Villalobos Castañeda	Si lo conoce, estuve dentro del proceso de la construcción del mismo.	Me parece que es una herramienta de mucho valor desde la perspectiva de cumplimiento de norma relacionada de atención directa al paciente, y que permite a través de su aplicación conocer la calidad directa de la atención médica	Talvez no en el instrumento pero si en un instrumento o estudio aparte, pues son las condiciones que la institución que debe y esta obligada a dar, usted debería de tener las mismas condiciones tanto acá como en Parrita para poder brindar atención a los usuarios.	Más que estar en un instrumento, debería ser parte del cumplimiento o incumplimiento de control interno, que todo el personal esté cómodo y capacitado en la atención de los usuarios.
2: GOICOECHEA 1	Dr Fabián Carballo Ortiz	Si lo conozco y fui parte del equipo que lo construyó y lo implementó.	Podríamos decir que es un instrumento elaborado para conocer desde el punto de vista de la atención medica cual es el cumplimiento de las distintas normas y guías institucionales de la atención, con el objetivo de que sirva como instrumento para un proceso de mejora continua de las unidades y poder cerrar las brechas entre las mismas.	No, porque la metodología empleada está hecho para medir el resultado, no para evaluar la gestión para valorar el resultado, que es parte de la gestión que deben hacer las unidades a nivel local.	Si pero dentro de este no, sino como un proceso aparte y complementario al que se hizo, donde se involucrarían otras disciplinas.
3: ESCAZÚ	Elisa Robles Flaquer	Si lo conoce, pero no participa en el proceso, el coordinador medico del área es el que atiende a los supervisores y yo recibo el informe luego.	Es un instrumento bastante amigable y mide muchas variables, de hecho, ayuda mucho a controlar en nivel local la calidad, pero la muestra es pequeña y mide mas que toda la aplicación de normas institucionales.	Las herramientas son muy técnicas, dejan de lado aspectos de calidez de la atención, la satisfacción con que se marche el usuario también	Si considera que es pertinente, porque si estamos hablando de la calidad de la atención, estamos hablando que la percepción de l usuario es importante. Además la tecnología de parte del medico podría darle mas resolutiveidad a la atención, además el trabajador siente que lo están apoyando y eso lo transmite en la atención que le brinda al paciente.
4: DESAMPARADOS 3	Carmen Peralta Miranda	Si lo conozco.	Ciento que es repetitivo con algunos aspectos con respecto al de compras, pero que se que tiene que estar enfocado en resultados parecidos a los de compras, se tiende a confundir a l medico al ser aspectos un poco diferente al que se aplica por la dirección de compras. Yo siento que no me da una idea real de si el personal medico esta brindando un producto de calidad. Me ha servido mas traer al medico y al equipo en forma personal y analizar expedientes, por ejemplo en diabetes ahora se esta capacitando al personal en este tema, y darles herramientas de manejo de esas patologías y que al final sigue siendo de alto costo a la institución. Igualmente en las capacitaciones que se brindan con otros niveles	Si considero que es sumamente importante, porque al final esto también es para el paciente, porque cuando se toman en cuenta aspectos como un buen escritorio, una camilla adecuada eso estimula la buena gestión.	Si me daría una idea de que mejorar en la gestión de mi área
5: DESAMPARADOS 1	Dr Mauricio Madrigal López.	Si lo conozco	Era un instrumento muy cuantitativo, no media una calidad de la atención, mas que producción	Si, además eficiencia, eficacia, percepción del paciente, tecnología y conocimiento científico de parte del personal, índices de calidad	Si claro, porque realmente esos parámetros evaluaría las dimensiones de la atención y su calidad.

NÚMERO DE ENTREVISTA: ÁREA	ENTREVISTADO	5 ¿Qué otros aspectos considera usted que no están incluidos en el instrumento que deberían incluirse en la evaluación de la calidad de la atención médica que realiza la DRSSCS?	6 Considera usted que si se tomaran en cuenta estos componentes en la evaluación de la calidad de la atención médica los resultados de esta Área de Salud serían diferentes a los obtenidos?	7 Cuáles limitaciones considera que ha enfrentado como para que las Áreas puedan llegar a cumplir con calidad la atención de los usuarios que llegan?	8 Al ver cierta heterogeneidad de los resultados presentados dentro de todas las unidades, cuales cree que sean los factores que influyen en este efecto?
1: DRSSCS	Dr. Armando Villalobos Castañeda	De alguna manera deberíamos de hacer un tipo de encuesta de salida después de la atención, es como saber como se siente el usuario, que además de una buena infraestructura pero la percepción del usuario.	De alguna manera puede influir, pero es mucho de la gestión de cada una de las Áreas, además que en cuanto a percepción, por ejemplo en la educación sanitaria, el concepto que se maneja en la población es que yo como usuario voy al área a que le devuelvan mi salud, y no se dan cuenta que a veces es cada individuo no se cuida y es el que falla y va a llegar descontento al área además de predispuesto, el usuario va por la pastilla para que me quiten el dolor pero la pastilla al final no arregla la causa del dolor, otro ejemplo es la hipertensión arterial donde el paciente no se cuida.	Básicamente brechas, no solo personal o de ebaís, de equipamiento no tanto, es mas la brecha de recurso humano, pero mas de como se esta montado el sistema de consulta, pues por la mala educación sanitaria que maneja la población. Además el manejo de influencias, el usuario tiene acceso a servicios por puro amiguismo y eso debilita el sistema pues es algo que no es posible medir.	Actitud del personal, preparación del personal y la influencia del director medico, tanto si está interesado en dar números de calidad o si no le interesa. En una cooperativa pasa mucho, ya que están concentrados en brindar solo eso, pero situaciones paralelas que en ocasiones se presentan en el día a día, al mediar un contrato es mas fácil.
2: GOICOECHEA 1	Dr Fabián Carballo Ortiz	Considero que se le debe incorporar son variables para evaluar la calidad de la información que se da, por ejemplo yo atiendo a un paciente por una ITS y en el expediente se documenta un Dx de gripe, que se determina como un sub registro, además que los datos a veces de la historia clínica no son localizables, por ejemplo en el aspecto de expediente físico.	Probablemente si, mas si la información no ha sido registrada adecuadamente, la calidad de la atención al final podría influir en el estado de salud de un paciente.	Mucho tiene que ver con el recurso humano, a veces por falta de formación o experiencia, falta de interés del funcionario por conocer y aplicar las normas establecidas, rotación de personal y ahí si eso se da mucho en las zonas mas urbanas, donde en ocasiones los pacientes son atendidos por un medico diferente en cada una de las consultas, eso puede incidir en el apego de l paciente para con el médico y además la situación del medico al sentir que cada pacientes nuevo. Además los planes de capacitación de las Áreas de Salud.	Parte de lo ya he dicho, por ejemplo normalmente las áreas de salud que logran mejor cumplimiento son las que cuentan con un solo un nivel de atención, áreas que ya tienen su sectorización y que no rotan a su pernal tan frecuentemente, o sea que ya tiene a su personal identificado por sector. Además el interés del director medico por gestionar sus estrategias por mejorar.
3: ESCAZÚ	Elisa Robles Flaque	En calidad se requeriría más la evaluación que se miden en las fichas de compromisos de gestión, además de satisfacción del usuario.	Pienso que se hubieran mantenido los resultados pues aspectos como tecnología se tienen, las capacitaciones institucionales además de las internas se gestionan a constantemente.	Capacitación al personal, refrescamiento de temas en cuanto a la atención, se presentan muchas evaluaciones internas, y eso requiere mucho tiempo de parte del coordinador de consulta, además en la inducción del nuevo personal. El ser un contrato de tercero, se manejan algunas desventajas en cuanto a la capacitación en terceros, el tener un contrato se tiene un norte, pero a veces la implementación de nuevas cosas no es tan expedito, un ejemplo es APER que por un tema contractual no se ha podido habilitar. El manejo de personal al ser relación de empresa privada en algunas situaciones e s mas expedito la gestión para la resolución de situaciones.	Un día de visita si el supervisor esta empapado del tema es suficiente para el tema de tiempo.
4: DESAMPARADOS 3	Carmen Peralta Miranda	Yo siento que es una repetición de lo que se hace a nivel nacional con compras, que al final me dan datos que yo seguro ya se, no me aporta mayor cosas	Si claro por lo que dije que me da idea de que mejorar	La demanda no es igual que la oferta, para mejorar accesibilidad de la población, capacitación del personal, involucrar actores sociales, además mejorar el modelo de atención, darle todavía as importancia al nivel de atención, mejorar resolución, mejorar educación, además la policonsulata es un reflejo que hace falta jn mejor manejo de las patologías que presente este usuario, además resectorizar a población, mejorar comunicación interniveles.	No el Área en si creo que tiene que ver mucho de demanda y oferta, motivación del personal, además la formación del personal, con un pensamiento muy hospitalario, no se trabaja en equipo, la gestión de los coordinadores y de directores e las áreas, deben supervisar mas cercanamente, además de ver in situ el accionar del profesional, la responsabilidad de nosotros es de velar que el personal tengan las condiciones con las que están trabajando. La reforma de salud creo que fue muy política pero no se preparó a l profesional para este tipo de actividad.
5: DESAMPARADOS 1	Dr Mauricio Madrigal López.	Los anteriores	Si claro, porque se estarían tomando otros factores relacionados con la calidad.	Considero que la manera de sacar la información en el 2016 eran mas difíciles de obtener, habian muchos determinantes, además deficiencias en la atención del usuario que influa mucho por el factor humano y que estaba relacionado con otros determinantes de calidad conocido por el medico pero no eran evaluados, además no eran capacitados en los puntos que luego se evaluaban. Además, los monitoreos eran mas complicados porque eran expedientes físicos y el control de la calidad de la atención era mas complejos. El hecho que si un médico cumplía o no era indiferente pues las medidas disciplinaria al ser un empleado publico eran muy difíciles de aplicar.	El sistema de evaluación aplicado en la DRSSCS es totalmente erroneo y la Caja es cumplir con compromisos políticos como el del banco mundial y eso es pura producción, y se deja de lado otros aspectos primordiales de la actividad de la consulta en atención primaria, en la cual hasta la continuidad de la atención medica no es medida, no te evalua estos aspectos como en el escenario escolar donde no se tomaba en cuenta visitas de actividad medica como tal.

Anexo N°2: Encuesta

TABLA DE ENCUESTA			
ÁREA DE SALUD (DE A 01 A LA 32):			
Tipo de Área de Salud, 1, 2 o 3:			
COMPONENTES	PRESENCIA		OBSERVACIONES
	SI	NO	
COMPONENTES TÉCNICOS			
Consultorio médico			
Camilla			
Laboratorio			
Rayos X			
EKG			
Otoscopio			
Oftalmoscopio			
Educación medica continua en aspectos científicos prácticos (actualización en enfermedades, medicamentos, tratamientos, abordajes, etc)			cada cuánto (frecuencia):
Equipo de cómputo para expediente			
COMPONENTES INTERPERSONALES (recursos para el personal médico para desarrollar las relaciones interpersonales con los usuarios) *			
Capacitación del personal en los derechos y deberes de los usuarios externos			cada cuánto (frecuencia):
Capacitación del personal en los derechos y deberes de los usuarios internos			cada cuánto (frecuencia):
Apoyo local de Especialista de Pediatría			
Apoyo local de Especialista de Medicina Familiar			
Apoyo local de Especialista de Medicina Interna			
Apoyo local de Especialista de Ginecología			
Confort (interna y externa)			
Relación Laboral directa con la CCSS (si son contratados directamente por la CCSS)			
Ubicación Geográfica del AS de características rurales			
EBAIS centralizado en la sede del AS			
Capacitación médica continua			cada cuánto (frecuencia):
Cuentan con servicio de emergencias			
Expediente electrónico en el año de supervisión			
Se ven 4 pacientes por hora			Si no son 4 por hora, apuntar cuantos pacientes por hora:

Anexo N°3 Cronograma

CRONOGRAMA DE AVANCES														
AVANCES / FECHAS	nov-16	jun-17	dic-17	ene-18	feb-18	mar-19	jun-19	nov-19	dic-19	feb-20	jun-20	jul-20	set-2020	oct-20
Enviar a la Comisión de Posgrado el protocolo para ser aprobado en noviembre														
Reunión con tutor para revisar el objetivo cualitativo y su respectivo instrumento para aprobarlos y volver a revisar las otras variables (definir por tutor hora)														
Envío al tutor de tabla de variables con el objetivo cualitativo con sus respectivos instrumentos (quedaron pendientes en el primer avance)														
Realizar y llenar la base de datos en EXCEL, con las Áreas de salud según clasificación de las áreas por nota. (ver clasificación en cuadro de variables)														
Realizar y llenar base de datos en EXCEL de las nota según la Atención Integral														
Pasar la tabla de cotejo por Área de Salud para identificar la presencia o ausencia de los componentes necesarios para la calidad de la atención. (se anexa).														
Realizar los cálculos estadísticos de Regresión lineal de carácter correlacional o explicativo (solicitar ayuda del profesor Mario Castillo)														
Se trabaja en entrevistas a los diferentes actores sociales (aporte cualitativo)														
Solicitud de prórroga para entrega de TFG														
Realizar interpretación de resultados del cuestionario de los médicos														
Reunión con tutor para revisar resultados y orientar conclusiones y recomendaciones (definir por tutor hora)														
Se entregan recomendaciones por tutor para mayor aporte cualitativo														
Reunión con tutor para revisar resultados y orientar conclusiones y recomendaciones (definir por tutor hora)														
Reunión con tutor para recomendaciones dadas por profesores														